FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912

N° 83

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **H. BETTINGER**

Ancien interne des Hôpitaux de Reims
Ancien aide d'anatomie de l'Ecole de Médecine de Reims
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ancien interne des Prisons de la Seine

DE

# LA RACHICOCAINISATION

## SUIVANT LE PROCÉDÉ DU Dr LE FILLIATRE

(ET EN PARTICULIER POUR L'ANESTHÉSIE DE LA MOITIÉ SUPÉRIEURE DU CORPS)

*Président :* M. POZZI, *professeur.*

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1912

Les soixante et une observations que renferme ce travail proviennent du service de la clientèle de M. le Dr Le Filliâtre, sauf les observations 3, 44, 50, 51 et 52 que nous devons à l'obligeance de MM. Gustave Bernard, Jaboulay de Lyon et Savariaud.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912 — N° —

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **H. BETTINGER**

Ancien interne des Hôpitaux de Reims
Ancien aide d'anatomie de l'École de Médecine de Reims
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ancien interne des Prisons de la Seine

DE

# LA RACHICOCAINISATION

## SUIVANT LE PROCÉDÉ DU Dr LE FILLIATRE

ET EN PARTICULIER POUR L'ANESTHÉSIE DE LA MOITIÉ SUPÉRIEURE DU CORPS)

*Président :* M. POZZI, *professeur.*

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1912

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. LANDOUZY. |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | NICOLAS. |
| Physiologie | Ch. RICHET. |
| Physique médicale | WEISS. |
| Chimie organique et chimie générale | DESGREZ. |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | ACHARD. |
| Pathologie médicale | WIDAL. TEISSIER. |
| Pathologie chirurgicale | LEJARS. |
| Anatomie pathologique | Pierre MARIE. |
| Histologie | PRENANT. |
| Opérations et appareils | HARTMANN. |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET. |
| Thérapeutique | MARFAN. |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | LETULLE. |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER. |
| Clinique médicale | DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD. |
| Maladies des enfants | HUTINEL. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | Gilbert BALLET |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | DEJERINE. |
| Clinique chirurgicale | Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND. |
| Clinique opthalmologique | De LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | LEGUEU. |
| Clinique d'accouchements | BAR. PINARD. RIBEMONT DES-SAIGNES. |
| Clinique gynécologique | POZZI. |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON. |
| Clinique thérapeutique | A. ROBIN. |

## Agrégés en exercice.

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| BALTHAZARD | DUVAL (Pierre) | LENORMANT | PROUST |
| BERNARD | GOUGEROT | LEQUEUX | RATHERY |
| BRANCA | GREGOIRE | LERI | RETTERER |
| BRINDEAU | GUENIOT | LŒPER | RICHAUD |
| BROCA (André) | GUILLAIN | MACAIGNE | ROUSSY |
| BRUMPT | JEANNIN | MAILLARD | ROUVIERE |
| CAMUS | JOUSSET (André) | MORESTIN | SCHWARTZ |
| CARNOT | LABBÉ (Marcel) | MULON | SICARD |
| CASTAIGNE | LANGLOIS | NICLOUX | TERRIEN |
| CHEVASSU | LAIGNEL-LAVASTINE | NOBÉCOURT | TIFFENEAU |
| CLAUDE | LECÈNE | OKINCZYC | ZIMMERN |
| COUVELAIRE | | OMBREDANNE | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MEMOIRE de mon regretté père

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le professeur S. POZZI.

Professeur de gynécologie à la Faculté de médecine de Paris.
Chirurgien de l'hôpital Broca.
Membre de l'Académie de médecine.
Commandeur de la Légion d'Honneur.

# AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, nous avons à remplir un devoir bien agréable, c'est de venir ici exprimer toute notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont guidés durant le cours de nos études.

Nous ne pouvons oublier ce que nous devons à l'École de Reims : c'est là que nous avons commencé nos études médicales et c'est pendant nos deux années d'internat à l'hôpital civil que nous avons puisé les principes que notre séjour à Paris n'a fait que développer. Que nos premiers maîtres reçoivent ici l'expression de notre profonde gratitude.

M. le professeur Jaquinet, dans le service duquel nous sommes resté longtemps, fut toujours pour nous le maître bienveillant et éclairé ; M. le professeur Harman sut nous rendre agréable par son enseignement pittoresque la science aride de l'anatomie et au cours de l'année pendant laquelle nous exerçâmes sous sa direction les fonctions d'aide d'anatomie, nous apprîmes à l'aimer davantage.

A MM. Colleville, Langlet, Hoël, Luton, de Bovis, en médecine, MM. Gueillot et Lardennois en chirurgie, qui

se sont montrés toujours pour nous pleins de bienveillance, à M. A. Pozzi enfin, dont nous fûmes le dernier interne avant que la politique ne l'enlevât à l'affection de ses élèves, à tous nous apportons l'hommage de notre reconnaissance.

A Paris, M. le professeur Hutinel, M. le professeur Hartmann, M. le professeur Bar et M. le professeur Letulle, nous ont fait profiter de leurs leçons magistrales et de leurs bienveillants conseils ; qu'il nous soit permis de leur offrir nos plus vifs remerciements.

Enfin à l'Infirmerie centrale des Prisons de la Seine, M. le Dr Thouvenel, M. le Dr Bernard, M. le Dr Meuret nous ont plutôt considéré comme un ami que comme un élève, nous garderons d'eux un excellent souvenir. Nous remercions particulièrement M. le Dr le Filliâtre, chirurgien de l'Infirmerie, à qui nous devons le sujet de notre thèse.

Remercions également M. le professeur Jaboulay, de Lyon, et M. Savariaud, chirurgien des hôpitaux, qui ont bien voulu nous communiquer leurs observations touchant notre méthode.

M. le Doyen Landouzy, nous a, avec sa bienveillance habituelle, facilité les démarches pour notre thèse, qu'il reçoive ici l'hommage de notre reconnaissance et de notre respectueux dévouement.

M. le professeur S. Pozzi, très aimablement, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse : nous le remercions de tout cœur du grand honneur qu'il nous a fait.

DE

# LA RACHICOCAINISATION

## SUIVANT LE PROCÉDÉ DU Dr LE FILLIATRE

### HISTORIQUE

« En chirurgie, dans bien des cas, l'opération n'est rien, l'anesthésie est tout ». Cette phrase que Chambard écrivait en 1911 dans sa thèse pourrait servir de devise à la nôtre. Depuis nombre d'années en effet, alors que les méthodes opératoires progressaient avec une rapidité merveilleuse, les méthodes d'anesthésie restaient stationnaires. On avait bien en 1900 un moment d'espoir : la rachicocaïnisation se montrait pleine de promesses ; mais, après avoir été louangée par tous, elle tomba vite en disgrâce et malgré les efforts de quelques partisans restés fidèles, elle semble encore bien abandonnée aujourd'hui ; c'est à son relèvement que nous voulons coopérer; nous voulons montrer que, avec une bonne méthode, c'est un procédé d'anesthésie bien supérieur à tous les autres, toujours sûr et toujours sans danger.

Faut-il refaire l'historique de la rachicocaïnisation ? M. Tuffier en 1901, les différentes thèses et ouvrages qui

se sont succédé depuis, renferment tous les renseignements désirables. Aussi croyons-nous seulement utile de le résumer en quelques lignes :

C'est la première injection intrarachidienne faite par Corning en 1885 ; c'est la preuve de l'innocuité de la ponction lombaire faite par Quincke en 1891 ; ce sont les recherches de Fr. Franck et de Sicard (1898) la première opération faite par Bier en 1899. Puis c'est l'engouement général, l'apothéose de la méthode ; mais, appliquée à tort et à travers, elle occasionne des accidents mortels qui viennent refroidir l'enthousiasme général et la font rejeter aussi vite qu'on l'avait adoptée.

M. Guinard, recherchant les causes de ces accidents, les attribue à une réaction méningée due à l'eau des solutions injectées. MM. Ravaut et Aubourg observent qu'en ponctionnant le soir ou le lendemain de l'opération les malades présentant de la céphalée on obtient la sédation immédiate de la douleur. M. le Filliâtre qui avait été un adepte de la méthode à ses débuts, attribuant les accidents à l'hypertension provoquée par l'injection, propose l'évacuation préventive d'une assez grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Et, les excellents résultats qu'il obtient ainsi, viennent confirmer la justesse de sa thèse, ainsi que le reconnaît M. Chaput au Congrès de Chirurgie de 1907. Complètement mise au point dès 1905, la méthode de M. le Filliâtre semblait n'avoir plus à subir aucune retouche, mais nous l'avons encore perfectionnée depuis et, sans vouloir soutenir qu'il n'y a plus aucune amélioration à y apporter dans l'avenir, nous pouvons prétendre que

nous avons entre les mains un mode d'anesthésie sûr et parfait.

Aussi, tandis que successivement novocaïne, tropococaïne, stovaïne se disputaient les faveurs des chirurgiens, M. le Filliâtre restait-il fidèle à la cocaïne qui, employée par lui depuis 1901, ne lui a jamais donné que d'excellents résultats, sans le moindre accident.

## CHAPITRE PREMIER

### Des résultats, déjà connus, de l'anesthésie de la moitié inférieure du corps

C'est donc l'exposé de cette méthode pratiquée par M. le Filliâtre tant dans sa clientèle privée, qu'à l'Infirmerie centrale des Prisons, que nous avons en vue. Toutefois nous ne voulons pas faire un plaidoyer en faveur de la rachicocaïnisation sans que celui-ci ne soit fondé sur des bases sérieuses : « il ne faut pas, a dit je crois, Renan, solliciter les textes. » Aussi montrerons-nous simplement comment nous pratiquons ce mode d'anesthésie, comment nous avons pu faire avec lui toute une série d'opérations portant sur la moitié supérieure du corps, quels résultats nous avons obtenus ; nous publierons les observations prises par M. le Filliâtre en clientèle ou par nous-même à l'Infirmerie centrale des Prisons pendant nos deux années d'internat, puis nous en tirerons les conclusions ; en un mot, sans chercher de plus belle défense, nous ne ferons que décrire *ce que nos yeux ont vu*.....

Inutile d'insister sur le nombre de rachicocaïnisations faites par M. le Filliâtre depuis dix ans : c'est par mil-

liers qu'elles se chiffrent, portant presque toutes sur la moitié inférieure du corps. De nombreuses communications faites par lui à la Société médicale du IX^e^ ou à celle des Praticiens, ont montré avec quelle facilité et quelle sécurité se faisaient les interventions sur les membres inférieurs, le périnée, l'anus. C'est là un fait acquis, nous n'en dirons pas davantage sur ce sujet.

Déjà plus délicate devient l'anesthésie lorsque l'on opère dans la cavité abdominale : examinons successivement les différents cas pouvant se présenter. L'appendicite? Nous l'opérons toujours à la rachicocaïnisation et l'anesthésie fut chaque fois excellente. Les voies urinaires, la vessie, la prostate, sont justiciables de notre méthode ; bien mieux les malades qui souffrent de ces organes étant en général des intoxiqués, la rachianesthésie semble en la circonstance la plus recommandable.

Nous nous souvenons à ce propos de deux malades que nous avons vus à l'Infirmerie centrale des Prisons, envoyés pour infiltration d'urine ; l'un d'eux principalement ayant un scrotum brun-noirâtre de la grosseur de la tête, avec infiltration de tout le périnée, du tissu cellulaire des cuisses, de la région inguinale, de la partie inférieure de l'abdomen, dans un état infectieux très grave, avec dyspnée, langue sèche et rôtie, hyperthermie, pouls incomptable, malade qui n'aurait certainement pas pu supporter une anesthésie au chloroforme ou à l'éther auquel avec notre méthode de rachianesthésie, on put faire sans danger les *dix-huit* incisions nécessaires, et qui guérit rapidement.

Nombreuses sont actuellement les opération sur l'uté-

rus et ses annexes, nous n'avons qu'à nous louer d'avoir employé dans ces interventions notre méthode d'anesthésie. Nous pourrions comprendre ces opérations dans notre thèse puisque souvent le chirurgien fut obligé de prolonger son incision au-dessus de l'ombilic, mais nous nous contenterons d'en résumer trois des plus typiques : qui peut le plus peut le moins.

**Observation 1**

*Fibromes volumineux*

Femme de 54 ans, présentant plusieurs fibromyomes, dont l'un de la grosseur d'une tête d'enfant, refoulant le vagin et le rectum pour se caler en arrière des branches ischiopubiennes ; une autre masse remplissait l'hypocondre droit et remontait au-dessous du foie. Malgré un état général peu brillant à cause des phénomènes de compression (œdèmes des membres inférieurs, troubles urinaires déjà marqués, ascite à l'ouverture de l'abdomen), malgré une vessie qui remonte à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, entraînée qu'elle a été par la tumeur dans son mouvement d'ascension, l'opération a été menée à bien en vingt-sept minutes avec anesthésie admirable, ainsi qu'a pu le constater le Dr Soboleƒ, assistant du professeur de Ott, alors de passage à Paris.

Évacuation de liquide : 24 centimètres cubes, injection de solution cocaïnée, 2 centimètres cubes. L'incision avait été faite jusqu'à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'anesthésie fut générale pendant l'opération.

La malade sortit de la maison de santé, guérie, le 2 septembre, exactement trente jours après l'intervention.

(Observation publiée et malade présentée au congrès de Saint-Pétersbourg de 1910 par M. le Filliâtre.)

**Observation 2** (Inédite.)

*Fibrome volumineux.*

Mme B..., 30 ans, de Palaiseau, envoyée par le Dr Versepuy, pour fibromyomes utérins formant une tumeur volumineuse remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; à droite le niveau supérieur de la tumeur atteint la 8e côte. Bon état général malgré métrorrhagies très abondantes ; envies très fréquentes d'uriner.

Opérée à la rachicocaïne le 3 avril 1908. Évacuation de 25 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, injection de 2 centimètres cubes de solution de cocaïne au 1/50.

Incision remontant à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic, libération des adhérences de la tumeur à l'intestin, à l'épiploon, puis hystérectomie abdominale subtotale. Poids de la tumeur : 4 kgr. 517.

Durée de l'opération : quarante-cinq minutes. A la fin, l'anesthésie remonte encore jusqu'aux clavicules, et ne cesse totalement que deux heures après l'injection.

La malade urine le soir même, pas de température, le ventre est souple, la langue humide. Les suites ont été simples. La guérison complète.

**Observation 3** (Inédite.)

*Fibrome.*

Mme G..., 43 ans, envoyée par le Dr Gorse, est opérée le 10 juillet 1912 pour fibrome volumineux avec hémorragies extrêmement abondantes.

Opérée à la rachicocaïne : évacuation : 15 centimètres cubes, injection : 2 centimètres cubes. Fibrome pesant plus de 10 livres; hystérectomie subtotale.

Anesthésie parfaite en tous points, remontant jusqu'aux clavicules, sensibilité revenue en totalité deux heures et demie après la ponction.

Aucun vomissement pendant l'opération, ni les jours qui suivirent si bien qu'on pouvait laisser boire la malade dès le lendemain de l'opération.

Sort vingt jours après. Guérison complète.

Ces trois exemples choisis parmi les cas les plus difficiles nous autorisent à ne pas nous étendre plus longuement sur ce sujet : près d'une centaine d'hystérectomies ayant été d'ailleurs ainsi opérées avec succès et sans qu'il fût nécessaire de recourir au chloroforme.

Nous nous appesantirons seulement, comme le titre de notre thèse le faisait prévoir, sur les opérations pratiquées, suivant le procédé de rachianesthésie de M. le Filliâtre, sur la moitié supérieure du corps.

C'était là, semble-t-il, vouloir faire donner à la méthode plus qu'elle ne promettait; on aurait pu croire que l'on courait avec une presque certitude au-devant, sinon

d'accidents mortels, tout au moins d'insuccès. Mais nous n'avons eu qu'à nous louer de notre initiative. Nous avions eu un précurseur fameux : M. Chaput n'avait-il pas enlevé, en 1901 déjà, une apophyse styloïde du temporal et des ganglions cervicaux, à la rachicocaïnisation.

Toutefois M. le Filliâtre n'avait pas encore osé dépasser le pubis lorsqu'en 1905 il se trouva absolument obligé de le faire.

Il avait à opérer un malade, 23 ans, journaliste dans les Ardennes, jouissant d'un excellent état général, ni alcoolique, ni névrosé, pour appendicite chronique. Or l'anesthésie au chloroforme fut impossible. Malgré toute la diligence et l'attention du chloroformisateur, le Dr Morin du Kremlin, et du chirurgien lui-même qui se mit au chloroforme, on ne put arriver à opérer. Le réflexe cornéen avait disparu et le malade se contracturait encore. Chaque tentative d'incision au bistouri faite alors que le chloroforme était poussé aussi loin que possible, provoquait un réflexe caractérisé par de légères contractions musculaires de tout le corps, suivies bientôt d'une syncope respiratoire précédée elle-même de deux ou trois inspirations devenues subitement gutturales. Après deux heures de vains efforts et après avoir épuisé 90 grammes de chloroforme on décida de ne pas pratiquer l'opération. Cinq jours après on la tente au moyen de la rachicocaïnisation, et grâce à une analgésie parfaite, l'opération se fait avec beaucoup de facilité (Observation parue dans le *Bulletin de la Soc. méd.*, du IXe).

C'était la première intervention abdominale faite par M. le Filliâtre à la rachicocaïnisation. Elle devait être

suivie d'une série d'autres, le chirurgien allant de plus en plus haut à mesure que l'expérience lui prouvait qu'on pouvait le faire et c'est ainsi que nous en sommes arrivés aux perfectionnements actuels, et à la rédaction d'une technique rigoureuse et certaine.

Toutefois avant d'exposer celle-ci, il serait bon de rappeler en quelques lignes où doit se faire la ponction et ce sera pour nous l'occasion de remémorer l'anatomie du lac arachnoïdien lombo-sacré, lieu d'élection de la ponction.

## CHAPITRE II

### Le lieu de la ponction : espace lombo-sacré

Quelle que soit en effet la hauteur de l'anesthésie cherchée, le lieu de la ponction doit toujours être le même : l'espace lombo-sacré.

Tous les chirurgiens qui font encore de l'anesthésie rachidienne sont loin d'être de cet avis : Jonnesco en particulier avec ses élèves qui restent des partisans convaincus et des défenseurs acharnés de ce mode d'anesthésie, préconisent deux lieux de ponction. Après les attaques violentes dont il avait été l'objet au congrès de chirurgie de Bruxelles de 1908 de la part de Bier et Rehn (de Francfort), Jonnesco avait rejeté la ponction médio-cervicale « inutile et même nocive » et la ponction dorsale moyenne « difficile et inutile », selon ses propres termes. Mais il conservait cependant, pour les opérations portant sur la partie inférieure du corps et le thorax, la ponction basse entre la douzième dorsale et la première lombaire, et pour les opérations sur la tête, le cou, les membres supérieurs, la ponction haute

entre la première et la deuxième dorsales. C'est encore là sa technique habituelle, qui, dit-il, ne lui a jamais occasionné aucun accident.

Nous persistons toutefois à penser, d'accord avec M. Forgue, de Montpellier, et le Dr Klippel, médecin des hôpitaux de Paris, que l'on ne peut impunément blesser ou risquer de blesser la moelle en faisant la ponction dorsale supérieure et qu'il y a lieu de rejeter ce mode opératoire qui ne peut qu'occasionner des accidents.

D'ailleurs nous ne voyons pas l'avantage qu'il y aurait même à essayer ce procédé, puisque celui que nous avons constamment employé jusqu'ici nous a toujours donné pleine satisfaction. Et c'est pourquoi — et nous insistons particulièrement sur ce point — que nous voulions avoir l'anesthésie des membres inférieurs ou celle de la tête, la ponction doit se faire au même endroit entre la dernière lombaire et la première sacrée.

Il est inutile, à notre avis, de nous étendre longuement sur ce sujet : les coupes de cette région anatomique, coupes dont nous devons les clichés à l'obligeance de M. le Filliâtre, devant faire comprendre mieux que toutes les descriptions, combien la ponction rencontre peu d'obstacles à ce niveau, et comment le liquide s'y trouve amassé en un réservoir propice.

En examinant le cliché n° 1 nous voyons nettement que sur le squelette l'espace lombo-sacré présente un diamètre vertical et transversal beaucoup plus étendu qu'au niveau des troisième et quatrième espaces intervertébraux, grâce à la concavité de son bord inférieur ; ce

qui constitue donc déjà un grand avantage pour la ponction.

Fig. 1. — Cette figure représente les deux dernières vertèbres lombaires, les trois premières vertèbres sacrées, le quatrième espace lombaire et l'espace lombo-sacré qui sur cette figure se continue avec le premier espace sacré (anomalie encore fréquente). — IV° *L.* V° *L.*, quatrième et cinquième vertèbre lombaire. — *s.* Sacrum.

Comparons maintenant les clichés 2 et 3, nous nous apercevons qu'il existe depuis le troisième espace intervertébral jusqu'au sommet du cône dural un espace assez vaste, véritable lac rempli de liquide céphalo-rachidien, dont le diamètre antéro-postérieur va en s'agrandissant à mesure qu'on descend, pour être de 17 à 18 millimètres au niveau de la cinquième vertèbre lombaire. De plus nous ne trouvons plus là la cinquième racine lombaire ; quant au filum terminale il est impossible de le toucher, la ponction ne se faisant pas sur la

ligne médiane : il n'y a donc aucun danger de léser quelque filet nerveux ; et cela a, à notre avis, une importance capitale.

On a fait au choix de cet espace quelques critiques :

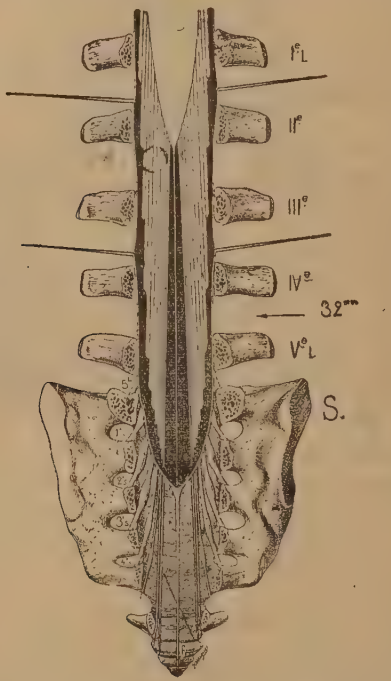



Fig. 2 — Coupe transversale passant entre les apophyses transverses ou costiformes et les apophyses articulaires supérieures des vertèbres lombaires de façon à trancher le pédicule à ce niveau et permettant d'enlever les apophyses épineuses avec les lames et les apophyses articulaires et tranchant la paroi postérieure du canal sacré de façon à mettre à jour le canal et les trous sacrés antérieurs ; sur cette planche la dure-mère seule a été incisée au ras de la coupe et l'on a respecté la partie de la paroi postérieure du canal arachnoïdien constituée à ce niveau par l'arachnoïde accolée au filum terminale *f.* et aux nerfs de la queue de cheval ; tous ces éléments sont, en un mot, représentés comme projetés sur la face antérieure du canal arachnoïdien — *s.* sacrum. — I^re L. II°, III°, IV°, V° L, Vertèbres lombaires. — *f.* Filum terminale.

on a dit que la ponction à ce niveau présentait une difficulté plus grande que dans le classique quatrième espace. Mais, en plus de ce fait que nous avons fait ainsi plusieurs milliers de ponctions sans aucun insuccès, chacun peut se rendre compte par lui-même de la facilité de cette ponction, à condition toutefois qu'il suive bien notre mode opératoire, tel que nous le décrirons tout à l'heure.

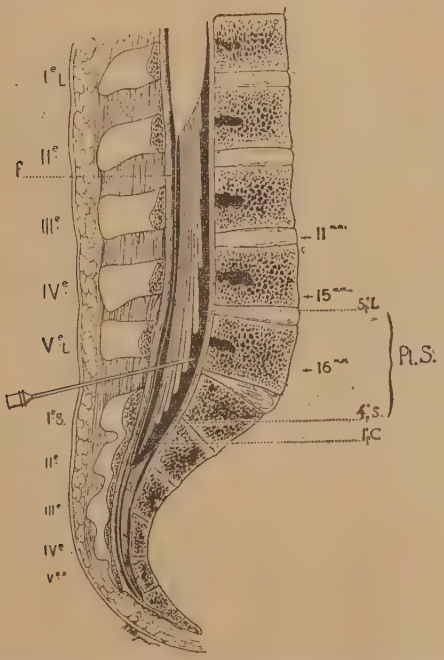



Fig. 3. — Coupe antéro-postérieure de la région lombo-sacrée, parallèle presque tangente aux faces latérales droites des apophyses épineuses. — I° L. II°, III°, IV°, V°, L. Vertèbres lombaires. — I° *s*, II°, III°, IV°, V° *s*. Vertèbres sacrées. — 5° *pL*. 5° paire lombaire. — 4° *pS*. — 4° paire sacrée. — 1° *pC*. 1° paire coccygienne. — *Pl. S* Plexus sacré. — *f*. Filum terminale. — 11, 15, 16 : Diamètres antéro-post. de cavité arachnoïdienne au niveau des 3°, 4°, 5° espaces.

## CHAPITRE III

### Technique

#### Première partie : l'instrumentation

Maintenant que nous savons à quel endroit nous allons pratiquer la ponction; comment, à la suite de quels préparatifs, dans quelles conditions allons-nous la faire, de façon à obtenir l'anesthésie de la moitié supérieure du corps, voilà ce qu'il nous faut étudier.

L'instrumentation est toujours la même ; elle se compose de plusieurs objets, tous indispensables :

1° Une aiguille en alliage de platine de 12 centimètres de long, 1 millimètre de diamètre, à biseau court, servant pour la ponction et munie d'un mandrin filiforme, souple, arrivant jusqu'au biseau de l'aiguille; chez les enfants une aiguille de 8 centimètres suffit;

2° Une seringue en verre de 3 à 5 centimètres cubes, avec l'aiguille servant à la charger, seringue à graduation très apparente, rouge de préférence, car il faut que l'on voie facilement la quantité de solution anesthésiante que l'on veut injecter. Nous nous servons chez les enfants d'une seringue de 2 centimètres cubes, chaque centimètre cube gradué en dixième;

3° Une autre seringue, seringue quelconque, destinée à faire des injections sous-cutanées de spartéine (0,05) et de strychnine (0,001 à 0,005) que nous pratiquons concurremment. Il faut autant que possible éviter de confondre les deux seringues : cela nous est arrivé une fois où nous avons injecté dans le canal rachidien d'un malade le mélange spartéine-strychnine ; (observation n° ), cette erreur n'a d'ailleurs eu aucun effet nocif sur le malade, il y eut seulement le soir une élévation de la température qui monta à près de 40°. Le lendemain tout était rentré dans l'ordre. Cette confusion est facilement évitable. Bien entendu ces doses de strychnine et spartéine ne s'appliquent qu'à l'adulte ;

4° Un cristallisoir ou une éprouvette gradués pour recevoir le liquide céphalo-rachidien ;

5° La solution anesthésiante, solution de cocaïne au 1/50.

## Deuxième partie : la solution de cocaïne

Nous sommes obligé de nous arrêter un moment et d'insister sur la nécessité qu'il y a à avoir une bonne solution de cocaïne, solution qui doit être *fraîchement préparée et stérilisée*, car c'est une erreur encore trop répandue de croire que la cocaïne soit altérée par la stérilisation.

1° Lorsque notre méthode en était à ses débuts, nous nous servions d'ampoules stérilisées entre 120° et 130° pendant une demi-heure. Mais, devant la nécessité

d'avoir une solution récente, nous avons dû modifier ce procédé de façon à pouvoir préparer le liquide anesthésiant au moment même de l'opération ;

2° C'est alors que nous essayâmes d'user de comprimés de cocaïne stérilisée de 8 centigrammes, comprimés qu'on dissolvait au moment de s'en servir dans 4 centimètres cubes d'eau distillée stérilisée. Cette innovation ne nous a donné que de fâcheux résultats, à tel point qu'après un essai de 7 cas malheureux, nous dûmes l'abandonner ; chez les sept opérés en effet, on observa des vomissements, de la fièvre, de la céphalée et, surtout, une éruption d'herpès chez presque tous. Nous avons d'ailleurs réuni ces observations qui seront publiées en bloc à la fin de la thèse de manière à ne pas couper l'exposition de notre sujet ;

3° Un autre procédé, basé sur le même principe, le remplaça, avec succès cette fois : deux tubes longs de 6 centimètres, de 1 centimètre de diamètre, fermés par un bouchon en caoutchouc et portant une graduation apparente à 4 centimètres cubes ; dans l'un on mettait 4 centimètres cubes d'eau distillée, dans l'autre 8 centigrammes de cocaïne ; on stérilisait le tout, on bouchait les tubes avec précaution, les scellait, et, au moment de l'opération on n'avait plus qu'à mélanger le contenu des deux tubes, à chauffer légèrement, et on avait sa solution au 1/50 dont on prenait la quantité voulue. Ce fut pendant longtemps notre procédé, *procédé excellent* ;

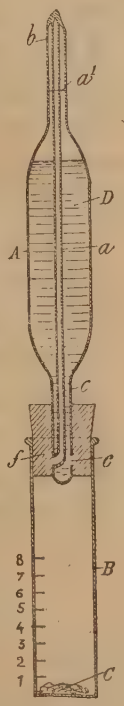
4° Mais cela ne satisfaisait pas encore M. le Filliâtre qui fit faire à M. Templier, directeur du laboratoire de la rue P.-L.-Courier, sur ses indications, un appareil permettant

l'asepsie la plus absolue dans la préparation de la solution anesthésiante, et que celui-ci dénomma autoasepteur.

L'*Autoasepteur* comporte une ampoule de verre de forme cylindrique effilée à ses deux extrémités et traversée dans le sens de la longueur par un tube de faible diamètre pour l'évacuation de l'air lors de l'emploi de l'appareil. Une des pointes de l'ampoule est fermée à la lampe en même temps que l'extrémité correspondante du tube central. L'extrémité inférieure de la pointe de l'ampoule et l'extrémité du tube central sont réunies bord à bord de telle façon que l'extrémité du tube central reste ouverte.

Sur le bord latéral de la pointe inférieure de l'ampoule se trouve ménagée une petite ouverture circulaire. L'ampoule étant remplie de liquide devant servir à la préparation de la solution, on engage la pointe inférieure dans un bouchon de caoutchouc en ayant soin de ne pas faire pénétrer la pointe de l'ampoule trop profondément afin que l'ouverture latérale se trouve obstruée par la paroi du bouchon.

Avec ce bouchon de caoutchouc fixé à l'ampoule, on bouche le tube de verre gradué contenant le poids déterminé de cocaïne que l'on désire faire dissoudre.




A ampoule.
B tube inférieur.
C cocaïne.
D liquide.
a' trait.
a tube central.
b pointe de l'ampoule fermée à la lampe.
d extrémité ouverte du tube central.
e ouverture circulaire.

L'appareil ainsi disposé peut être porté à l'autoclave et stérilisé suivant la technique habituelle.

Lorsqu'on désire effectuer la solution, on donne un trait de lime sur la pointe supérieure de l'ampoule, on détache l'extrémité de la pointe, ainsi que celle du tube central. A ce moment, on enfonce progressivement la pointe inférieure de l'ampoule dans le bouchon jusqu'à ce que l'écoulement du liquide se produise par l'ouverture latérale de l'ampoule. Le liquide vient tomber dans le tube gradué.

Lorsque l'on a recueilli la quantité nécessaire de liquide on relève la pointe de l'ampoule pour faire cesser l'écoulement, on agite ensuite l'appareil pour effectuer la solution qui est ainsi prête pour l'emploi.

C'est là un procédé très sûr et très pratique, qui avec celui des tubes séparés, est journellement employé par nous et c'est à l'un d'eux qu'il faut avoir toujours recours dans la rachianesthésie.

## Troisième partie : le manuel opératoire

§ 1.— Nous avons préparé tout ce qui était nécessaire à l'opération ; tout est stérilisé, le chirurgien est lavé, prêt à opérer : il charge ses deux seringues et fait mettre le malade dans la position voulue.

Voici ce qu'il faut faire :

Faites coucher votre malade absolument à jeun depuis le matin et purgé la veille en lui maintenant les genoux pliés et les cuisses fléchies sur le bas-ventre au moyen d'une serviette passant en même temps autour du cou, ou mieux — et c'est ce que nous avons toujours fait jusqu'ici — faites-le asseoir au bord de la table d'opé-

ration, les pieds reposant sur une chaise, les mains placées sur les cuisses à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs : expliquez-lui qu'en rentrant pour ainsi dire le ventre, il fera s'écarter deux os vertébraux permettant ainsi une facile pénétration de l'aiguille. Dites-lui bien qu'il va sentir une piqûre dans la région lombaire, mais qu'il ne s'en effraie pas et ne fuie pas devant l'aiguille. Ce sera la seule petite douleur qu'il ressentira au cours de l'opération. Votre malade ainsi prévenu, après avoir badigeonné sa région lombaire à la teinture d'iode puis enlevé l'excès à l'alcool et l'éther, placez-vous à sa gauche et faites-lui faire le gros dos. Un aide vous indiquant les deux crêtes iliaques, repérez avec l'index gauche, suivant le procédé classique de la ligne transversale bis-iliaque, l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre lombaire, au-dessous votre pouce sent facilement l'apophyse épineuse de la cinquième.

Piquez alors franchement à 1 cm. 1/2 à 2 centimètres environ à droite, en bas et en dehors de la cinquième apophyse lombaire, de bas en haut et de dehors en dedans, suivant la bissectrice de l'angle que forme l'aiguille inclinée à 45 degrés sur le plan vertical transverse et à 45 degrés sur le plan vertical antéro-postérieur.

L'aiguille traverse, sur un trajet de 5 à 7 centimètres, les téguments, la couche musculo-aponévrotique et ligamenteuse, puis la dure-mère, et on arrive sur la partie postérieure du corps de la dernière vertèbre lombaire ou du disque vertébral sous-jacent. Dès que l'on perçoit cette sensation on retire légèrement l'aiguille et

le liquide céphalo-rachidien s'écoule sous tension plus ou moins forte. Il faut remarquer que la ponction faite dans cet espace ne cause jamais de douleur dans les membres inférieurs.

§ 2. — Une première question se pose alors :

*Combien faut-il retirer de liquide céphalo-rachidien?*

Fort de plusieurs années d'expériences et de recherches, M. le Filliâtre s'est définitivement arrêté à la technique suivante :

« Pour un malade chez lequel le liquide s'écoule goutte à goutte, vous retirez 10 centimètres cubes de liquide avant de pousser l'injection ; pour les malades chez lesquels le liquide s'écoulera en jet, vous attendrez que le liquide tombe goutte à goutte avant de retirer la constante de 10 centimètres cubes en vous rappelant toutefois que la somme totale de liquide soustrait ne devra jamais dépasser 30 centimètres cubes. »

Cette proposition s'applique à toutes les opérations portant sur la moitié inférieure du corps : pour les opérations hautes, nous avons complété la technique comme suit :

Le liquide s'écoule goutte à goutte, retirez 15 à 18 centimètres cubes.

Le liquide s'écoule en jet, attendez qu'il coule goutte à goutte avant d'évacuer la même quantité de liquide, sans aller au delà de 30 centimètres cubes, ce chiffre étant une constante qu'il nous semble non dangereux, mais inutile de dépasser.

§ 3. — L'évacuation étant faite, *combien faut-il injecter de solution de cocaïne au 1/50?*

Pour les membres inférieurs, anus, périnée (opérations courtes) 1 centimètre cube à 1 cc. 5, pour les laparotomies 1 cc. 5 à 2 centimètres cubes suffisent, soient 2 à 4 centigrammes de cocaïne, la quantité variant naturellement suivant la durée de l'opération à faire.

Pour la région sus-ombilicale, le thorax, 2 centimètres cubes à 2 cc. 5.

Pour les membres supérieurs, le cou et la tête, 2 cc. 5 à 3 centimètres cubes.

Nous n'avons jamais eu besoin de dépasser la quantité de 6 centigrammes de cocaïne, bien mieux nous ne l'avons que rarement atteinte, notre anesthésie ayant toujours été plus que suffisante avec les quantités précitées.

§ 4. — Ces questions étant résolues, et le chirurgien ayant chargé sa seringue en se basant sur la durée de l'opération et la hauteur de l'anesthésie à obtenir, il pousse son injection lentement, retire l'aiguille, obture le petit orifice avec une goutte de collodion et fait coucher immédiatement le malade, la tête et les épaules étant toujours relevées par des draps roulés, de façon que celui-ci repose sur un plan incliné. Dans le cas d'opération sur le cou, une alèze repliée mise sous la nuque le fait saillir davantage.

A ce moment une précaution indispensable consiste *à faire tousser* plusieurs fois de suite le malade de façon à amener une diffusion plus rapide de la cocaïne.

Puis on fait une injection sous-cutanée de spartéine de 0,05 et de 0,001 à 0,005 de sulfate de strychnine, suivant les cas, la strychnine agissant en augmentant

la puissance excitomotrice de la substance grise du bulbe et de la moelle, en excitant les centres respiratoires et en relevant la pression sanguine. Pour une opération haute, ou de longue durée nous augmentons la quantité de strychnine 0,002, 0,003 et même 0,005. On achève la toilette du malade et au bout d'un laps de temps qui va de cinq à dix minutes après l'injection, l'anesthésie, qui monte en progressant de bas en haut, est complète.

Dès lors, le chirurgien peut opérer en toute tranquillité ; à la rigueur en cas d'urgence, à la campagne, où il ne peut quelquefois pas trouver immédiatement un confrère pour surveiller le malade, il peut se passer de ce concours. Mais, à notre avis, un aide chargé uniquement de veiller sur l'opéré est utile : il faut en effet qu'il le fasse respirer largement, profondément et lentement, tout en l'empêchant de voir son opération. Pour cela une serviette ou un champ tendu devant la figure, à une certaine distance pour ne pas gêner l'arrivée de l'air, nous a toujours suffi largement. Pour les opérations sur le cou, on fixe à la peau, parallèlement au bord du maxillaire inférieur, au moyen de petites pinces, un champ stérilisé que l'aide n'aura qu'à relever pour isoler le malade.

L'opération terminée, le malade est remis dans son lit et peut en général s'alimenter le soir même, si la nature de l'opération pratiquée permet naturellement de le faire.

*En résumé :* pour une opération portant sur la moitié supérieure du corps.

α) Ponction toujours au même niveau, dans l'espace lombo-sacré.

β) Augmentation de la quantité de liquide céphalo-rachidien évacuée, fait très important.

γ) Augmentation de la quantité de cocaïne et de strychnine injectée.

δ) Enfin avoir soin de faire tousser le malade.

Voilà seulement les quelques points sur lesquels nous avons eu à modifier notre technique habituelle ; et, ce fait que nous avons pu arriver à pratiquer des opérations portant sur la moitié supérieure du corps, aussi nombreuses qu'elles se sont présentées, *sans aucun accident ni aucun insuccès*, prouve bien que cette méthode est maintenant tout à fait au point.

Et nous sommes convaincu qu'après avoir lu les observations que nous avons recueillies à l'Infirmerie centrale des Prisons ou que M. le Filliâtre a prises dans sa clientèle et que nous avons classées comme suit :

1° Estomac et région épigastrique ;

2° Intestin et cavité péritonéale ;

3° Foie et Rein ;

4° Thorax ;

5° Membre supérieur ;

6° Cou et tête.

un juge impartial sera forcé de reconnaître la supériorité de notre méthode sur les autres modes d'anesthésie.

## CHAPITRE IV

### Observations

### I. — Estomac et région épigastrique

**Observation 4** (Inédite.)

*Gastro-entérostomie pour néoplasme de l'estomac.*

Le Dr A. le Filliâtre, de Sens, âgé de 39 ans, est opéré par M. le professeur Jaboulay de Lyon, sous anesthésie rachidienne pratiquée par son frère, pour un cancer du pylore s'étendant à la face antérieure de l'estomac et à toute la région juxtapylorique, diagnostic confirmé par une excellente radiographie du Dr Aubourg.

Est vu dans un état de cachexie très avancé, ayant maigri considérablement et ne pesant plus que 47 kilogrammes. Bien que souffrant depuis longtemps de l'estomac n'a commencé à s'inquiéter qu'il y a quatre mois à l'occasion d'une hématémèse très abondante, suivie de selles mélaniques et qui faillit le tuer au commencement de février. Depuis ce temps garde le lit et ne prend absolument que du lait. Quinze jours avant l'opération les liquides ont du mal à passer ; en outre le malade est très déprimé par une crise d'entérite avec violentes douleurs abdominales, selles

fréquentes et liquides. La température est de 38 à 38°5 chaque soir.

Le malade a les traits tirés, les yeux cernés, le teint terreux et est dans un état de faiblesse extrême. Ayant fait lui-même depuis six ou sept ans une cinquantaine de rachicocaïnisations suivant le procédé de son frère, avec plein succès, il refuse absolument le chloroforme.

On l'opère donc le 9 juin 1912 à la rachicocaïne suivant la technique habituelle. Il est anesthésié par son frère qui évacue 18 centimetres cubes de liquide céphalo-rachidien, le malade indiquant lui-même les crêtes iliaques, on injecte 2 centimètres cubes de solution de cocaïne au 1/50, puis une piqûre de 0,05 de spartéine et 0,002 de strychnine.

Cinq minutes n'étaient pas écoulées que le patient déclare au professeur Jaboulay qui doit l'opérer qu'il peut commencer l'opération. Celle-ci dure de quinze à vingt minutes environ à cause de l'exploration de la cavité abdominale. Gastroentérostomie par bouton de Jaboulay.

L'anesthésie de la moitié supérieure du corps a duré une heure et demie, de la moitié inférieure deux heures et demie. Elle a été parfaite, le malade causant pendant toute l'opération avec son frère et suivant avec interêt et discutant les différentes phases de l'opération. Le soir le malade urine, n'a pas de vomissements (pas plus d'ailleurs les jours suivants) et prend de l'eau par cuillerées à soupe toutes les heures. On augmente progressivement et le quatrième jour, il est autorisé à manger une cervelle.

Quatorze jours après il quitte la maison de santé, ayant repris des forces si bien que deux mois plus tard il pouvait aller à la chasse à l'affût.

**Observation 5** (Inédite.)

*Gastro-entérostomie.*

Mme B..., 32 ans, entre à la Clinique du Dr Saison, le 13 septembre 1912, pour ulcère de l'estomac.

Ses parents sont vivants, en bonne santé, elle a un frère bien portant, un est mort de fièvre typhoïde, une sœur de bronchite suspecte. Mariée elle n'a pas d'enfants. Pendant l'enfance rougeole et scarlatine.

Les débuts de l'affection remontent à neuf années. La maladie a commencé par des tiraillements d'estomac, des crampes, très douloureuses, survenant souvent une heure avant le repas, durant une dizaine de minutes et se produisant d'abord tous les quinze jours puis augmentant peu à peu de durée et de fréquence. Il y a six ou sept ans, ictère léger ; elle est soignée pour lithiase biliaire. Elle vomit très rarement mais souffre toujours de ses crampes d'estomac. Il y a quatre ans, elle vient à Paris pour l'appendicite et est opérée *au chloroforme*. Les jours suivant l'opération elle a des vomissements très violents et le quatrième jour elle a une *hématémèse* assez abondante contenant du sang coagulé. Le cinquième jour même hématémèse. Les jours suivants le sang disparaît des vomissements qui ne cessent que le huitième jour.

Après l'opération, la malade souffre énormément ; il me semble — dit-elle — que le chloroforme, « en la faisant vomir du sang, ait également réveillé et exaspéré la douleur ». Ce sont maintenant des douleurs de torsion, de transfixion, incessantes, s'étendant aux reins, aux épaules et durant jour et nuit. Un mois après l'opération, vomissement contenant 4 à 5 cuillerées de sang rouge

Les douleurs nécessitent des piqûres de morphine qui ne calment pas la malade. Puis tout s'amende un peu, la malade pendant un an souffre un peu moins mais d'une façon continue; elle est améliorée par un traitement que lui fait subir le Dr Mathieu à l'hôpital Saint-Antoine où elle reste deux mois. Les crises douloureuses ont disparu mais la souffrance, pour être sourde, n'en existe pas moins continuellement. Depuis l'opération la malade n'avait pris que du lait et des poudres alcalines, du bismuth.

Mais bientôt chaque absorption de lait commence à faire horriblement souffrir la malade et, comme celle-ci, pour ne pas vomir, est obligée de s'alimenter très souvent par petites quantités, sa vie devient pour elle un enfer. Ses forces s'en vont, elle s'affaiblit de jour en jour et c'est alors que son médecin le Dr Bernardie de Boulogne l'envoie consulter le Dr le Filliâtre.

Celui-ci après examen conclut à une sténose du pylore, confirmée par une radiographie du Dr Aubourg.

La malade est opérée le 17 septembre après lavage d'estomac le matin même et injection de sérum: 260 centimètres cubes, suivie de spartéine, 0,05, huile camphrée 1 centimètre cube, strychnine 0,001.

Évacuation de liquide . . . . . 15 centimètres cubes
Injection de solution cocaïnée au 1/50 . . 2 —

Anesthésie en tous points excellente. Sensibilité revenue deux heures et demie après la ponction aux membres inférieurs. — (Gastro-entérostomie. Incision sus-ombilicale de 8 à 10 centimètres. Procédé du bouton de Jaboulay.)

Le soir de l'opération pouls 110, température 38°; le lendemain pouls 100, T = 37° 6. Le lendemain, la malade prend 100 grammes d'eau, sa température est normale, son pouls à 75.

Elle sort le douzième jour prenant lait, bouillon, jaunes d'œufs, et ne souffrant plus du tout.

### Observation 6

Observation publiée par M. le Filliâtre
dans la *Gazette médicale de Paris*, du 10 juillet 1912.

*Gastro-entérostomie.*

M. V... m'est adressé par le Dr Capmas, de Paris. Agé de 61 ans, père mort de fluxion de poitrine à 60 ans, mère morte d'hydropisie à 57 ans, il est le cinquième d'une famille de 7 enfants, a eu un frère mort de privations aux colonies, 3 autres de vieillesse, un à 83 ans, un à 73 ans, un à 70 ans, une sœur morte d'hydropisie à 62 ans; il ne lui reste qu'une sœur âgée de 70 ans qui se plaint de l'estomac depuis de nombreuses années, mais sans jamais maigrir. Sa mère le mit au monde à l'âge de 50 ans. Rien de particulier, dans son enfance ; il fait son service militaire, assiste à la campagne de 1870, se marie ensuite et a 5 enfants, dont un seul est vivant aujourd'hui et âgé de 31 ans, bien portant; pas de syphilis; 4 de ses enfants sont morts, 3 en bas âge et une fille à l'âge de 16 ans. Notre malade a toujours été bien portant jusqu'en 1905, année où il eut la douleur de perdre sa fille; à ce moment, il pesait de 68 à 70 kilogrammes ; à partir de ce moment, il est allé déclinant. Dès cette époque, il commence à ressentir de violentes *crises gastriques*, trois à quatre heures après les repas, qui durent deux heures environ et l'obligent chaque fois, à vomir « comme de l'eau », dit-il. Ces crises vont se rapprochant pour devenir journalières. L'appétit disparaît en même temps et notre malade éprouve un dégoût de plus en plus marqué pour les graisses. Ces crises gastriques atteignent leur paroxysme pendant les derniers mois qui précèdent l'opé-

ration, elles sont alors intolérables et arrachent même des cris au malade.

Deux mois déjà avant l'opération, les solides ne passaient plus et les aliments liquides lui occasionnaient un ballonnement très pénible du creux de l'estomac avec régurgitations que les vomissements seuls faisaient disparaître.

Quelques jours avant l'opération, les liquides ne passaient même plus, cette sensation si pénible de plénitude constante de l'estomac devenait intolérable et l'empêchait de prendre quoi que ce soit.

A ce moment, le Dr Capmas me fait examiner son malade : il est d'un teint paille, légèrement bronzé, très amaigri, comme décharné, pesant 58 kilogrammes seulement pour un homme d'une grande taille et ne pouvant plus se porter sur ses jambes.

A l'examen du ventre, le palper même léger au niveau de l'insertion supérieure du grand droit, côté droit, détermine une violente douleur et permet de sentir, malgré la tension de la paroi, une masse dure et régulière au-dessous du muscle, tumeur que nous avons sentie ensuite plus facilement après le lavage de l'estomac; l'abdomen est très distendu, principalement dans la partie sus-ombilicale. Quand on secoue cet abdomen, on perçoit à l'oreille un clapotis marqué.

Amené en voiture à la maison de santé, cet homme présente à son arrivée un pouls petit, filiforme à 116, respiration normale, la température le soir est de 37°2/10, la langue est sèche, le creux de l'estomac très ballonné jure avec la maigreur du thorax, du cou et des membres dont les extrémités sont refroidies et de teinte violacée, le malade a des renvois continuels, il n'a jamais eu ni hématémèses, ni mélénas; son intellect est intact.

Nous procédons aussitôt à un lavage de l'estomac qui nous

permet de retirer une grande quantité de matières alimentaires tenues mélangées à un liquide brunâtre d'odeur fétide et nauséeuse. — Par de grands lavages alcalins et successifs, nous vidons et nettoyons complètement cet estomac en un temps et ordonnons aussitôt, vu la faiblesse du malade, une injection de 250 grammes de sérum artificiel suivie d'une injection de 2 centimètres cubes d'huile camphrée, de 5 centigrammes de sparteïne et de 1 milligramme de sulfate neutre de strychnine.

Le lendemain matin, avant l'opération, ce malade reçoit encore la même série d'injections et son pouls plus plein bat à 90, la langue est redevenue humide, les renvois ont disparu depuis le lavage, les extrémités moins cyanosées offrent une circulation meilleure et l'état général semble plus propice à notre intervention.

*Opération.* — *Anesthésie par rachicocaïne* suivant notre technique, évacuation de 18 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien et injection de 2 cc. 1/2 de notre solution, soit 5 centigrammes de cocaïne ; *l'anesthésie est absolue* pendant toute la durée de l'intervention, durée pendant laquelle le malade ne ressent pas la moindre gêne : une fois remis dans son lit, notre opéré présente encore une *anesthésie générale*, *la tête en totalité est insensible*, pas le moindre trouble respiratoire.

Après une incision de 12 centimètres suivant la ligne blanche à partir de l'appendice xyphoïde, j'ouvre le péritoine et après écartement des lèvres de la plaie, je soulève le lobe gauche du foie assez volumineux et nous constatons, les Drs Capmas, Risacher, Saison et moi, une tumeur de la largeur de la paume de la main d'une couleur blanc grisâtre, qui correspond à la région pylorique de l'estomac ; cette tumeur peu mobile semble adhérer assez fortement en arrière et se prolonge comme en nappe

sur les deux tiers de la face antérieure de l'estomac qui nous apparaît comme cuirassée par infiltration, infiltration qui comprend même la petite courbure au-dessus de laquelle on remarque de nombreux ganglions. — La partie haute de la grande courbure, la grosse tubérosité, ainsi que le cardia, nous paraissent indemnes. L'épiploon gastro-colique et le côlon transverse sont ratatinés contre la partie attenante de la grande courbure et paraissent infiltrés au même degré que la face antérieure de l'estomac. Le côlon transverse présente, comme tout le reste de l'intestin, un volume très réduit ; l'infiltration de sa séreuse au niveau de l'épiploon gastro-colique, lui donne l'aspect d'un gros bâton de racine de guimauve; quand on renverse le grand épiploon et le côlon transverse, celui-ci nous paraît sain sur toute la partie non recouverte par l'épiploon gastro-colique. Nous remarquons en outre une légère ascite abdominale. Après cette exploration nous perforons le méso-côlon transverse qui paraît sain et je saisis le plus loin possible de la tumeur, une partie de la face postérieure de l'estomac qui paraît souple en totalité ; cette partie d'estomac que je saisis entre mes doigts pour la ramener au dehors correspond à un point déclive de la face postérieure de la grosse tubérosité ; à cause de la rigidité de la face antérieure de l'estomac et des adhérences de la région pylorique, c'est avec beaucoup de difficultés que j'arrive à extérioriser cette partie de l'estomac pour la confier à un aide. Je saisis ensuite sur le côté gauche de la deuxième lombaire, à côté de l'artère mésentérique supérieure, l'extrémité supérieure du jéjunum, j'en laisse glisser une vingtaine de centimètres et je ramène une partie de cet intestin pour l'anastomoser à ciel ouvert (en dehors de la cavité abdominale), avec l'estomac. L'anastomose faite aisément avec le bouton de Jaboulay, je

refoule ma bouche gastro-jéjunale dans l'arrière-cavité des épiploons, je m'assure qu'il n'y a aucun tiraillement sur le jéjunum et je ferme la paroi sans drainage.

La durée de l'intervention comprenant l'ouverture de la paroi, l'exploration et la gastro-entérostomie, a été exactement *de douze minutes* et vingt minutes en tout, en comprenant la réfection de la paroi abdominale. L'anastomose proprement dite a *duré sept minutes ;* Jaboulay dit la faire en cinq minutes.

L'opération terminée, notre malade va très bien, le pouls est aussi bon qu'au début de l'opération. — Le soir, la température rectale est de 37° 3/10, le pouls meilleur encore à 85 et j'ordonne simplement des lavages de la bouche. Le lendemain matin, la température rectale est de 36°9, celle du soir de 37°2 et le pouls bat à 78 ; j'ordonne un peu de bouillon de légumes le matin et autant le soir ; le surlendemain, l'amélioration continue, j'ajoute du lait et au 4e jour des jaunes d'œufs. Le malade, dans la suite, va aussi bien que possible, les fils sont enlevés au 8e jour, et M. V... se lève au 18e jour, pour sortir au 20e, mais cette fois en marchant : c'est une véritable résurrection : il prend lait, bouillon, jaunes d'œufs, pâtes alimentaires, purées, jus de viande, etc., etc .. ; tous les aliments passent bien, les douleurs ont complètement disparu.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis un an, moins quelques jours, notre opéré est heureux de vivre, il digère comme jamais il n'avait digéré depuis 35 ans, sont état général est aujourd'hui très satisfaisant, l'appétit très bon est revenu presque aussitôt l'opération ; il n'a plus de dégoût pour les viandes qu'il digère même facilement, les forces lui sont revenues comme autrefois et depuis plus d'un an il fait, chaque jour à pied dans Paris, 5 à 6 kilomètres. Son poids, il y a un an, avait passé de

58 à 65 et actuellement, M. V... pèse 68 kilogrammes, c'est-à-dire a augmenté de 10 kilogrammes depuis l'opération, en un mot, il a retrouvé son poids normal.

Pour ce qui est de la tumeur, un mois après l'opération, 4 juin 1911, elle avait déjà sensiblement diminué; six mois après, elle était considérablement réduite et on ne la sentait que difficilement au palper, à ce moment, la pression sur le grand droit, région pylorique, ne détermine plus aucune douleur. Actuellement, un an et demi après, il est impossible de dire, par le palper, si elle existe. M. V... est aujourd'hui heureux de vivre et se porte si bien qu'il m'exprimait il y a huit mois, comme aujourd'hui le désir de reprendre une occupation.

M le Dr Mathieu, à qui je présentais dernièrement cet opéré, à la Société du IXe arrondissement, disait qu'on pouvait affirmer dans ce cas qu' « il s'agit d'un faux cancer », et que « dans les conditions particulièrement difficiles » où j'avais fait cette opération, j'avais pu *amener à bien, d'une part, en n'employant pas le chloroforme, et d'autre part, en ayant recours à un procédé extra-rapide.*

### Observation 7

publiée par M. le Filliâtre dans la *Gazette médicale de Paris*, du 10 juillet 1912.

*Gastro-entérostomie.*

La première fois que j'eus l'idée d'employer ce mode d'intervention, ce fut en octobre 1905 pour un malade âgé de 52 ans, équarrisseur de son métier, porteur d'une sténose pylorique complète et dans un état de cachexie déjà marqué. Sa mère était morte de cancer utérin à l'âge de 40 ans et un de ses frères d'une

tumeur de l'estomac à 38 ans ; pas de syphilis, pas de tuberculose, plusieurs uréthrites de 12 à 21 ans. Ce malade, d'une solide constitution autrefois, était néanmoins, de par sa profession, légèrement alcoolique, buvant principalement du vin et de l'eau-de-vie. Il ne commence à souffrir de l'estomac que cinq à six mois avant que je l'opère ; il accusait alors de violentes douleurs qui survenaient quatre ou cinq heures après les repas. Ces douleurs intolérables, dit-il, étaient toujours précédées d'aigreurs et de brûlures. Dans les deux derniers mois, ces crises douloureuses s'accompagnaient parfois de vomissements alimentaires et bilieux renfermant quelquefois des aliments ingérés même l'avant-veille. Pendant cette période, les vomissements deviennent de plus en plus fréquents en même temps que le malade s'amaigrit rapidement. Trois semaines avant l'opération ce malade vomit tout ce qu'il prend, les liquides, d'après lui, ne passant même plus.

*A mon examen* cet homme d'un état général absolument cachectique, d'une maigreur extrême avec teint jaune terreux et refroidissement des extrémités, présente des urines rares et boueuses avec léger louche d'albumine, les bruits du cœur sont mal frappés, un pouls petit et régulier à 116 ; on note des régurgitations continuelles avec, par intervalles, des vomissements d'odeur nauséeuse ; la langue est sèche, l'haleine fétide, le ventre distendu par un estomac énorme qui semble descendre jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du pubis ; en outre des crises douloureuses dues à la sténose, il ressent une sensation de plénitude constante, de gêne très pénible au creux de l'estomac. Séance tenante je vide l'estomac et je retire 5 litres environ de liquide renfermant des aliments déjà putréfiés, et répandant une odeur repoussante et je termine par un lavage rapide avec une solution

tiède de bi-carbonate de soude ; j'administre aussitôt, vu la tendance à la syncope du sujet, sérum, strychnine, etc... Le lendemain le pouls est à 104, mais son état est si peu brillant que je n'ose encore intervenir, je me contente d'un nouveau lavage mieux supporté cette fois que celui de la veille ; à noter que l'eau du dernier verre nous est revenue légèrement rosée. Après le premier lavage comme après le second, nous avions nettement senti une tumeur de la grosseur d'un poing formant masse au-dessous du rebord gauche du foie. A ce niveau la paroi abdominale est très douloureuse à la pression. On ne remarque pas de contractions de l'estomac à l'inspection de la paroi.

Le surlendemain 26 octobre, mon malade se trouvait mieux, le pouls meilleur battait à 92, bien qu'encore faible, les extrémités des membres présentaient une circulation meilleure, la langue était redevenue humide ; je décidais alors d'intervenir.

*Laparotomie sus-ombilicale rapide avec anesthésie parfaite par rachicocaïne* qui nous permet de constater avec un estomac volumineux une tumeur nettement pylorique de couleur rosée, de la grosseur d'une petite orange, qui ne paraît pas adhérente ; cette tumeur semble avoir infiltré les tuniques en totalité, au niveau du pylore ; le foie est gros ; — sur la face antérieure de l'estomac et plus principalement du côté pylorique, quelques taches blanchâtres au niveau desquelles les tuniques de l'estomac semblent épaissies ; sur la petite courbure, de nombreux ganglions.

Rien au côlon, l'épiploon gastro-colique et le méso-côlon transverse sont normaux. La face postérieure de l'estomac, surtout du côté duodénal, présente au toucher de nombreuses partie indurées ; sur la partie la plus déclive de cette face, c'est-à-dire à gauche, nous saisissons un endroit souple aussi peu vasculaire que possible que nous ramenons à l'extérieur pour l'anastomoser

rapidement en nous servant du bouton de Jaboulay, avec la partie du jéjunum qui nous paraît la plus propice. Cette anastomose très rapidement terminée, nous replaçons l'estomac et l'anse jéjunale dans l'arrière-cavité des épiploons ; il n'existe aucun tiraillement et la paroi antérieure est refermée en 2 plans. *La durée totale de l'opération a été de dix-huit minutes*, quelques minutes seulement pour l'anastomose. Après l'opération, l'état général du malade est aussi satisfaisant qu'avant l'intervention, il l'a très bien supportée.

Le soir même, après une bonne journée, afin de savoir si ma bouche fonctionne, je lui fais un lavage de l'estomac et je m'aperçois bien vite que je ne ramène que très peu du liquide que je verse, encore celui-ci est-il tel que je l'avais mis dans l'entonnoir ; mon liquide passe donc parfaitement par la bouche que j'ai créée et je n'insiste pas ; je me contente d'ordonner pour la nuit et le lendemain quelques tasses de lait coupé d'eau tout en maintenant le sérum ; le surlendemain on ajoute bouillon et jaunes d'œufs.

Ce malade quitte la maison de santé le 22 novembre pour retourner à son clos d'équarrissage en province. Il digère maintenant œufs, purée, pâtes alimentaires, bouillon, jus de viande, crème, etc., il a déjà notablement engraissé ; son pouls régulier bat à 70. Le bouton de Jaboulay a été rendu au 14e jour. A remarquer qu'à la sortie du malade de la maison de santé, la tumeur pylorique était si peu perceptible que parfois on n'était pas certain de la sentir. — Je n'entends plus parler ensuite de mon malade, quand un an plus tard je reçois un beau jour un superbe faisan tué par lui avec un mot me disant qu'il se portait comme s'il n'avait jamais rien eu et retravaillait de son métier.

En 1909, c'est-à-dire trois ans et demi après l'opération,

j'apprenais par sa femme que mon ancien opéré venait de mourir d'une pneumonie aiguë en six jours et que depuis l'opération il ne s'était jamais plaint de son estomac.

### Observation 8

Observation publiée par M. le Filliâtre de la *Gazette médicale de Paris*, du 10 juillet 1912.

*Gastro-entérostomie pour néoplasme de l'estomac.*

Ce cas est celui d'une femme de 64 ans auprès de laquelle j'ai été appelé par mon ami le Dr d'Hotman, de Villiers, le 10 décembre 1910. Cette femme était atteinte d'une sténose pylorique d'origine cancéreuse. Depuis le 1er novembre 1910, les liquides passaient seuls, et dans les derniers jours de novembre plus rien ne passait; la sténose pylorique était donc complète depuis une quinzaine de jours lorsque je vis cette femme âgée. Extrêmement faible, d'un teint jaune paille, elle tenait le lit déjà depuis trois semaines environ; depuis cette époque la température oscillait aux environs de 38, le pouls entre 120 et 130 mal frappé et irrégulier. Il y a quatre ou cinq mois déjà qu'elle présentait par intermittence des vomissements de couleur brunâtre de plus en plus fréquents et surtout depuis une quinzaine de jours. Cette malade, très déprimée par des régurgitations continuelles et une sensation de plénitude fort pénible au creux de l'estomac, présentait un facies pincé avec maigreur extrême du thorax, du cou et des membres, en somme état cachectique avancé avec ventre ballonné et distendu par un estomac et des anses intestinales météorisées dont on distingue nettement les mouvements péristaltiques au travers d'une paroi amaigrie. Cette malade accusait en outre depuis deux mois des alternatives de diarrhée

et de constipation ; les accès de diarrhée se traduisaient depuis quelque temps par de véritables débâcles. Au palper, dans la région épigastrique, débordant le lobe gauche du foie, on sent une masse d'empâtement qui semble correspondre à un néoplasme du pylore. Une radiographie faite par le Dr Aubourg un mois auparavant permet de confirmer le diagnostic de sténose pylorique par cancer du pylore avec grosse distension de l'estomac ; les urines sont rares avec léger louche d'albumine ; léger œdème des membres inférieurs.

Cette malade qui avant cette crise souffrait déjà de troubles dyspeptiques depuis huit mois environ, avait consulté plusieurs médecins dont un de nos collègues des hôpitaux qui lui avait conseillé d'aller faire une cure à Vichy ; le diagnostic porté alors était lithiase biliaire.

Depuis son retour de Vichy, son état n'avait fait qu'empirer.

Devant ce tableau clinique, je montrai très réservé au sujet de l'intervention, car en outre de la sténose pylorique et de son état cachectique marqué, cette malade *présentait des phénomènes aigus d'entéro-colite* dus certainement aux avalanches de liquide putride que recevait par intermittence son intestin chaque fois que la sténose pylorique pouvait encore céder devant la pression du contenu stomacal. Ces phénomènes aigus d'entéro-colite s'accompagnaient de fièvre, 38°-39° ; c'était donc aussi une intoxiquée.

Néanmoins avec le Dr d'Hotman nous lui vidons son estomac qui renfermait 2 litres 1/2 environ d'un liquide brunâtre d'odeur très nauséeuse mélangé à quelque aliments putréfiés et après un lavage rapide j'ordonne sérum, strychnine, etc... Le lendemain les nausées, les régurgitations, les vomissements ont disparu, le ventre est plus souple mais l'intestin est toujours météo-

risé, le pouls bat à 110 et paraît plus perceptible et plus régulier, la malade se trouve déjà très soulagée. Nous décidons alors, le Dr d'Hotman et moi, de continuer encore ce traitement pendant deux ou trois jours avant de savoir si j'interviendrais, vu la faiblesse du sujet.

Le 14 décembre, malgré le mauvais état du cœur de la malade et devant l'insistance de la famille qui, la sachant perdue et la voyant très soulagée depuis que j'avais institué ce traitement préopératoire, me demandait de tenter l'opération, malgré les phénomènes d'entérite qu'elle présentait, malgré un pouls irrégulier à 110, et une température de 38° à 38°5, je pratique sous rachianesthésie, avec évacuation de 16 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, une gastro-entérostomie postérieure, plaçant le bouton de Jaboulay en un point aussi éloigné que possible du pylore et correspondant à la partie la plus déclive de la grosse tubérosité. L'anastomose est assez facile ; on est cependant un peu gêné par des anses intestinales uniformément rouges et distendues. Au niveau du pylore il existe une grosse masse rougeâtre de la même couleur que l'intestin qui paraît adhérer en arrière et en bas. La couleur de cette masse jure avec la blancheur de l'estomac qui, lui, est vide ; je remarque de nombreux ganglions sur la petite courbure et quelques nodules blanchâtres sur le lobe gauche du foie.

L'ouverture de la paroi, l'exploration rapide et l'anastomose *ont duré onze minutes*, l'opération complète dix-sept minutes, la paroi abdominale a été refermée en un temps à cause de l'extrême faiblesse de la malade. *L'anesthésie a été excellente*, la malade ne s'est pas ressentie de son opération, le pouls été resté le même. Le lendemain elle ne présentait ni choc ni réaction péritonéale, la bouche gastro-intestinale, *à sa grande satisfac-*

*tion*, fonctionnait admirablement ; j'avais autorisé de l'eau bouillie par tasse toutes les deux heures. A part les anses intestinales qui se dessinaient toujours au-dessous de la peau, le ventre était souple, sans points douloureux. Le surlendemain j'ajoutais à l'eau du kéfir n° 1. Bien que notre bouche gastrique fonctionnât normalement et que de ce côté nous ayions pleine satisfaction, la diarrhée était la même, la température restait toujours aux environs de 38°, l'état du cœur était toujours pareil et le pouls aux environs de 110 ; la grande faiblesse persistait, les urines restaient rares et quatre jours après notre intervention notre malade s'éteignait d'une syncope cardiaque, avec un ventre souple, sans jamais avoir eu ni vomissements ni aucun signe de réaction péritonéale et après avoir renouvelé le jour même de sa mort à son entourage *toute la satisfaction qu'elle éprouvait de ne plus vomir, de pouvoir boire et de ne plus avoir cette sensation si pénible de plénitude au creux de l'estomac.*

### Observation 9

Observation publiée dans la *Gazette médicale de Paris*, du 10 juillet 1912.

*Gastroentérostomie pour cancer du pylore.*

Il s'agit cette fois d'un homme âgé de 49 ans, charretier, grand buveur de vin et d'alcool, qui m'est adressé par le Dr Balencie d'Athis-Mons, avec le diagnostic de sténose pylorique et cancer du pylore. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels, pas de syphilis.

A partir de 30 ans cet homme digère difficilement et se fait traiter à plusieurs reprises pour des troubles dyspeptiques. Il se plaignait surtout d'aigreurs après les repas. Ces aigreurs, à l'âge

de 37 ans, s'accompagnent même, pendant deux mois, de vomissements, le malade rendait alors tout ce qu'il prenait. Avec un régime très sévère, sans que cependant les troubles dyspeptiques disparaissent, il arrive à s'alimenter pendant plusieurs années avec du lait, du bouillon de légumes, des pâtes alimentaires, des jaunes d'œufs et du jus de viande, quand en août 1911 il est repris, comme à l'âge de 37 ans, de ballonnements du creux de l'estomac avec régurgitations après les repas, parfois suivies de vomissements alimentaires, mais cette fois il ne se plaint plus d'aigreurs. A partir de cette époque les solides ne passent plus, le malade maigrit rapidement.

Enfin le 2 novembre la sténose pylorique devient complète, cet homme est repris de renvois avec vomissements, il accuse une sensation pénible de ballonnement au creux de l'estomac, la langue devient sèche, l'haleine très fétide, les urines rares, plus rien ne passe; seize jours après, le 18 novembre, j'examine ce malade, le pouls varie entre 120 et 130, le facies est tiré, le ventre ballonné, l'estomac paraît descendre un bon travers de main au-dessous de l'ombilic, l'intestin paraît légèrement météorisé et depuis le commencement du mois le malade présente de la diarrhée, le teint est terreux, néanmoins pas d'œdème des jambes, mais refroidissement des extrémités.

Je procède, aussitôt après une injection de sérum, strychnine, etc., à un nettoyage de cet estomac dont je retire 3 litres 1/2 environ d'un liquide d'odeur infecte; à la fin du lavage, je constate que le liquide redevient rosé et j'arrête aussitôt; le pouls, le soir même, tombe à 100, le malade se trouve déjà soulagé et le lendemain après une nouvelle injection de sérum, strychnine, etc., le pouls étant à 95, le ventre plus souple avec tumeur très nette dans la région pylorique, je procède sous

rachianesthésie à une gastro-entérostomie postérieure, avec bouton de Jaboulay ; l'opération est menée rapidement malgré les adhérences et le volume de la tumeur pylorique, car le reste de l'estomac est souple. On remarque quelques ganglions sur la petite courbure et un certain état de congestion de l'intestin qui est légèrement distendu. L'opération : ouverture de la paroi et anastomose, a *duré exactement treize minutes*. Les suites opératoires sont simples : on donne des liquides dès le lendemain et le malade sortau 13e jour en voiture d'ambulance de la maison de santé du Dr Saison, pour retourner à Athis-Mons en Seine-et-Oise, il se lève dix jours après. Un mois après l'opération cet homme prend des purées, des viandes hachées, etc., et à partir du 25 janvier il mange même de la viande, du poulet, du bœuf, etc. Tous les aliments passent, les douleurs après les repas et le ballonnement ont complètement disparu. Sa bouche gastro-jéjunale fonctionne bien à sa grande satisfaction ; quant au bouton de Jaboulay, on ne peut dire s'il l'a rendu car les selles n'ont pas été suffisamment surveillées et en outre ce malade, d'une faible intelligence, se trouvant bien depuis son retour à Athis, a toujours refusé à son médecin de venir me revoir et à plus forte raison de se faire radiographier.

Comme ce malade refusa par deux fois au Dr Balencie de se présenter à la Société médicale du IXe arrondissement, celui-ci me décrivit chaque fois par lettre l'état de cet opéré. Actuellement, six mois après cette intervention, malgré sa tumeur toujours persistante et moins volumineuse, *cet homme, me disait-il, peut s'alimenter raisonnablement et a jusqu'ici une survie agréable.*

Le Dr Balencie me disait encore, que bien que l'état paraisse rester stationnaire et le teint légèrement terreux, et qu'il existe

maintenant un léger œdème des malléoles, le résultat de cette gastro-entérostomie a été merveilleux ; grâce à cette opération ce malade est encore vivant, il peut très bien s'alimenter depuis six mois, il a vu en outre, ce qui est appréciable, ses douleurs complètement disparaître. Le Dr Balencie regrettait de n'avoir pu me faire opérer ce malade plus tôt car nous aurions peut-être alors enlevé en même temps la tumeur pylorique.

**Observation 10** (Observation inédite)

*Gastro-entérostomie*

Mme L..., âgée de 49 ans, de Gargan. Rien de particulièrement intéressant dans ses antécédents héréditaires. Elle-même, mariée à 21 ans, a un fils, deux filles en bonne santé.

Il y a six ans qu'elle a commencé à souffrir de l'estomac. Amaigrissement considérable depuis : aurait perdu 18 livres. Éprouve une sensation de gêne, de pesanteur au creux épigastrique depuis plusieurs années, après l'absorption des aliments, même quand elle ne prend qu'un simple jaune d'œuf. Cette sensation est allée peu à peu en augmentant. Elle se produit bien après le repas : par exemple, pour le repas du soir ce n'est que vers 4 ou 5 heures du matin que la malade en souffre, et cela pendant plusieurs heures, quelquefois pendant une demi-journée Vomissements assez rares. A dû rester au lit quatre mois pour une bronchite, même pendant ce temps, où elle ne prit presque que du lait, a ressenti les mêmes souffrances.

Présente un estomac très ptosé, descendant jusqu'au pubis, comme le confirme une radiographie du Dr Raoult Deslongchamps (3 h. 1/2 après l'ingestion de lait bismuthé l'estomac en

contenait encore la plus grande partie). Le diagnostic est posé de sténose pylorique probable.

La malade est opérée le 16 mai 1912 par rachicocaïne. Évacuation 15 centimètres cubes, injection 2 centimètres cubes. Excellente anesthésie remontant aux clavicules.

Gastro-entérostomie postérieure avec bouton de Jaboulay.

Sort le 8 juin en excellente santé.

**Observation 11** (Observation inédite)

*Gastrotomie (Sténose cancéreuse du pylore)*

Mme F..., 60 ans, entre à la Clinique du Dr Saison le 11 septembre 1912 pour sténose du pylore d'origine cancéreuse.

Son père est mort subitement à 75 ans, sa mère est morte paralysée depuis quatre ans, à 72 ans, de ses frères un est mort de dysenterie en revenant des colonies, l'autre est en bonne santé. Elle a deux sœurs en bonne santé, et une qui est morte à 27 ans de péritonite d'origine appendiculaire. Mariée ; mari mort subitement en 1902, deux enfants en excellente santé.

Fièvre typhoïde à l'âge de 24 ans. Pas d'autre maladie.

Le début de l'affection remonte à deux ans environ. Vers cette époque en effet la malade, sans souffrir aucunement, avait faim continuellement, ne se sentant jamais rassasiée, et étant obligée de faire dans le courant de la journée de petits repas supplémentaires. Ses digestions étaient bonnes, ses selles faciles, son sommeil calme, son état général excellent. L'année dernière, une nièce venant la voir, s'étonne de la voir, malgré cet appétit formidable, fort amaigrie, les traits tirés, les yeux cernés, et l'oblige à consulter un médecin. Celui ci l'examine et ne lui trouve rien. Quelque temps après, la malade sentit un jour sur le côté gau-

che de l'abdomen une grande accumulation subite de gaz, vers le milieu de l'après-midi ; et ce lui fut si douloureux qu'elle dût rester courbée en deux. Le médecin consulté à nouveau diagnostique une dilatation de l'estomac. Le lendemain tout est revenu dans l'ordre. La malade prend quelques poudres médicamenteuses, et est mise au régime des viandes rôties, des purées. La malade ne se plaint plus de rien mais continue à maigrir, si bien qu'en juillet 1911, étonnée de cela, ne se sentant pas malgré tout très bien portante, perdant peu à peu ses forces, elle se décide à aller chercher un médecin. Elle est fatiguée très vite, il lui semble que les aliments qu'elle prend ne lui rendent pas les forces perdues, et que, selon son expression, « chaque effort se fasse avec un peu d'elle-même, lui enlève quelque chose ». Son médecin la suralimente, la malade reprend une livre en un mois, l'hiver et le printemps se passent. En juin 1912 ses parents lui trouvant trop mauvaise mine l'envoient chez le Dr Lyon qui l'examine, la radiographie et diagnostique un rétrécissement du pylore. On lui fait une série de piqûres qui n'amènent aucune amélioration. Les vomissements commencent, survenant trois, quatre heures après les repas, contenant des aliments non digérés et soulageant la malade si bien qu'elle n'est heureuse que le matin, quand elle ne s'est pas encore alimentée. Les vomissements souvent précédés d'un renvoi aqueux, augmentent de fréquence malgré une alimentation légère composée de jaunes d'œuf, de lait, de tapiocas. Elle a une constipation opiniâtre, se sentant, sans souffrance aucune, « dessécher » peu à peu. Elle n'a jamais eu d'hématémèse ni de melœna. Le Dr Bernardie la voit par hasard et l'envoie au Dr le Filliâtre le 10 septembre.

A ce moment la malade, de 43 à 45 kilogrammes en 1911, 35 kilogrammes en 1912, de 31 kilogrammes en juillet 1912 pèse

30 kilogrammes. C'est dire qu'elle est dans un état de cachexie extrême, absolument squelettique, le nez pincé, les yeux enfoncés dans l'orbite, la peau sèche, non mobile, semblant collée sur les os. Deux médecins consultés déclarent la malade inopérable.

A l'examen, on sent une tumeur dure, irrégulière, emplissant le creux épigastrique, partant du lobe gauche du foie et semblant remonter du côté du cardia. Cet examen fait songer à un cancer de l'estomac développé aux dépens de la face antérieure de celui-ci et s'étendant du côté de la grosse tubérosité. Une superbe radiographie du Dr Aubourg confirme ce diagnostic et montre que l'estomac est envahi par la tumeur dans les 3/5 moyens, qu'à la partie cardiaque il n'existe plus qu'une petite poche d'air sous-diaphragmatique, et une petite cavité en forme d'entonnoir, cavité réunie avec le pylore par un petit conduit filiforme.

La malade est opérée le 12 septembre 1912 suivant notre procédé habituel de rachicocaïnisation : après évacuation de 14 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien on injecte 2 centimètres cubes de cocaïne au 1/50. La malade avait eu la veille et le jour de l'opération 250 centimètres cubes de sérum. On lui fait après la ponction une piqûre de spartéine 0,05 et strychnine 0,002.

Après incision sur la partie moyenne du grand droit gauche et dissociation des fibres musculaires, on incise la gaine postérieure de ce muscle puis le péritoine sur une longueur de 8 centimètres environ. Ascite abdominale, masses épiploïques néoplasiques : tout l'estomac est envahi, l'intestin paraît sain.

Avec beaucoup de précautions on attire le pylore qui seul est libre ; on sort un cône de paroi stomacale et on le fixe aux gaines antérieure et postérieure du droit. On le perfore et on intro-

duit une sonde de Nélaton n° 14, on la fixe, puis on rentre le cône en invaginant la sonde. On fixe à nouveau l'angle d'invagination d'une lèvre à l'autre puis on ferme la paroi. Durée: trois quarts d'heure.

Anesthésie excellente. La malade dit avoir senti, sans souffrir en rien tout ce qu'on lui faisait, comparant l'incision cutanée à une raie de crayon sur la peau. Quelques nausées quand on tire l'estomac — sans vomissements —; elle commence à sentir la piqûre au niveau des seins une heure après l'injection, sensibilité revenue en totalité trois heures après la ponction.

Le soir de l'opération la température est de 37°, le pouls à 80. Le lendemain T = 37°2, pouls 70. La malade prend 180 grammes de lait, et le 10e jour sort de la clinique sans avoir eu aucun écoulement de suc gastrique, prenant près de deux litres de lait, trois jaunes d'œuf, du suc de viande et enchantée de son opération.

**Observation 12** (Observation inédite)

*Gastrostomie pour néoplasme de l'œsophage*

M. R..., 54 ans, entre au dispensaire du Kremlin Bicêtre au début de 1907 pour néoplasme de l'œsophage. Son père est mort d'un cancer de l'estomac à 45 ans, sa mère de la fièvre typhoïde à 58 ans, un frère est mort d'un cancer de la gorge à 53 ans. Marié depuis trente ans, sa femme et ses enfants sont en excellente santé.

S'est toujours très bien porté; mais depuis le mois d'octobre, commence à avoir de la difficulté pour avaler les aliments, puis les liquides passent eux-mêmes avec peine, et depuis trois jours il n'est absolument passé aucun aliment.

On lui fait une gastrostomie sous rachicocaïnisation ; évacuation : 25 centimètres cubes, injection de solution cocaïnée : 2 centimètres cubes. Le lendemain même de l'opération on nourrit le malade avec une sonde molle au moyen de jaunes d'œuf et de bouillon. Le malade ne tarde pas à quitter le dispensaire.

Nous ne savons de combien a été la survie.

**Observation 13** (Observation inédite)

*Compression de l'œsophage par anévrisme aortique. Gastrostomie.*

M. B... envoyé par le Dr Francon pour un rétrécissement de l'œsophage siégeant au niveau de la crosse de l'aorte, dû, comme le montrent radiographie et endoscopie à une dilatation de celle-ci. Le malade perdant ses forces de jour en jour et périclitant par inanition, on lui fait le 27 janvier 1910 une gastrostomie en un temps par rachicocaïnisation. Évacuation : 18 centimètres cubes, injection de solution de cocaïne : 3 centimètres cubes. Anesthésie très bonne, après l'opération on observe l'insensibilité de la face et de la cornée.

Dès le soir le malade est alimenté, les suites de l'opération sont merveilleuses ; le malade reprend rapidement ses forces mais à la quatrième semaine qui suit, meurt brusquement de la rupture de son anévrisme de l'aorte.

**Observation 14** (Observation inédite)

*Gastrostomie.*

M. B... Francis, âgé de 54 ans, envoyé par le Dr Dufour de Saint-Maur, vient à la maison de santé en janvier 1907.

Son père est mort de cancer de l'estomac à 67 ans, sa mère

de fièvre typhoïde à 54 ans, un frère mort de cancer du larynx. Un fils bien portant. Marié à 28 ans. Pendant son service militaire en Afrique a eu les fièvres paludéennes. A eu de l'angine de poitrine d'origine tabagique vers les 35 ans, cette angine a disparu depuis dix ans.

S'est aperçu il y a deux mois que les aliments solides passaient difficilement et depuis six semaines ne vit plus que de purées très liquides. A maigri. N'a pas de perversion pour aucun aliment.

Après examen on pose le diagnostic de néoplasme de l'œsophage. Le 30 janvier 1907 il est opéré à la rachicocaïne : évacuation : 18 centimètres cubes, injection de solution cocaïnée : 2 centimètres cubes ; on pratique une gastrostomie.

Bonne anesthésie, suites opératoires bonnes. Le malade quitte la maison de santé quelques jours après. Aucune nouvelle depuis.

### Observation 15

Observation recueillie par nous à l'Infirmerie centrale des Prisons

*Hernie épigastrique. Comprimés. Céphalée et hyperthermie.*

C... Mohammed, 21 ans, célibataire, relégué, entré à l'Infirmerie le 26 juin 1912 pour hernie épigastrique.

Les antécédents personnels de ce malade ne présentent aucun intérêts, ses antécédents héréditaires sont inconnus. C'est un sujet vigoureux, bien musclé bien que de taille au-dessous de la moyenne. A noter cependant un léger strabisme interne de l'œil gauche. C'est un hémophile; il a souvent saigné spontanément du nez, des gencives et il est sujet à faire de petites hémor-

ragies aux moindres blessures. Depuis six mois il souffre après ses repas au niveau du creux épigastrique, en un point assez nettement localisé à égale distance entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic. En cet endroit est apparue une tuméfaction qui, presque invisible au début, a acquis peu à peu le volume d'une grosse noix, volume actuel. Cette masse globuleuse, rénitente, peu réductible, n'adhère pas aux téguments. On a la sensation de palper une masse de graisse au point que le diagnostic de lipome fut un moment posé. Mais le rebord des grands droits écartés sur un espace de la grandeur d'une pièce de 2 francs, l'impulsion à la toux fait poser le diagnostic probable de hernie sus-ombilicale médiane.

Le malade à jeun ne se plaint de rien, mais après les repas souffre à ce niveau : c'est, dit-il, une douleur sourde, lancinante, intolérable. Pas de vomissements. Appétit conservé.

Opération le 28 juin 1912. Solution faite avec un comprimé de cocaïne.

Évacuation de liquide . . 16 cc.
Injection . . . . . 2 cc. à 10 h. 1/4.

Strychniné : 0,001. Spartéine : 0,05.

L'anesthésie est parfaite et le malade n'accuse aucun trouble pendant l'opération qui dure trois quarts d'heure environ.

Incision sus-ombilicale de 8 centimètres, tous les tissus incisés saignent d'une façon notable. Bien qu'on ait fait l'incision sur la ligne blanche on est obligé de mettre huit à dix pinces hémostatiques. On arrive sur un lobule graisseux, gros comme une pièce de 2 francs au niveau de l'éventration de la ligne blanche. Dissection de l'aponévrose au-dessus, au-dessous et autour du lobule. On ouvre ensuite le péritoine et on réduit la

partie épiploïque du côlon transverse qui vient se faire pincer dans cette poche. Libération du sac herniaire, avivement de l'aponévrose, suture par plans séparés.

A 11 h. 1/4, une heure après l'injection, l'anesthésie existe toujours complète : tête, cou, langue. Elle disparaît totalement à 12 h. 1/4.

Le soir de l'opération, pouls 74, θ = 38°6. Le malade se plaint de céphalée assez violente.

Le lendemain θ = 38°3, la céphalée est moins forte et le surlendemain seulement tout rentre dans l'ordre.

Suites opératoires excellentes. Le malade sort guéri le 30 juillet 1912.

**Observation 16** (Observation inédite)

*Hernie épigastrique étranglée*

Mme M..., 66 ans, entre le 19 mars 1911 pour une vieille hernie épigastrique étranglée depuis cinq jours. Très affaiblie au moment de l'arrivée, mains froides, extrémités cyanosées. On lui fait du sérum avec shychnine et spartéine et des piqûres d'huile camphrée.

Opérée d'urgence : on trouve une hernie épiploïque étranglée de la grosseur d'une demi-mandarine avec hémorragie dans le sac.

L'anesthésie est faite à la rachicocaïne : évacuation 15 centimètres cubes, injection de solution de cocaïne au 1/50 = 1 cc. 5.

Résection de l'épiploon. Résection de la paroi.

Durée de l'opération un quart d'heure.

Suites bonnes : on alimente la malade le quatrième jour, elle sort guérie le quinzième jour.

**Observation 17** (Observation inédite)

*Hernie ombilicale*

Mme D..., âgée de 43 ans, envoyée par le Dr Paugam de la Varenne-Saint-Hilaire pour une petite hernie ombilicale, réductible, dont la malade ne s'est aperçue que depuis une quinzaine de jours.

Opérée le 28 avril avec rachicocaïne, évacuation 13 centimètres cubes, injection de solution anesthésiante 2 centimètres cubes. Femme très grasse ayant eu une anesthésie parfaite. Cure radicale. Suites opératoires bonnes.

Revue le 26 septembre, très bien portante.

**Observation 18** (Observation inédite)

*Hernie ombilicale*

Mme R..., 47 ans, femme très grosse, ayant eu 6 enfants, toujours très bien portante, ayant une hernie ombilicale depuis une dizaine d'années, opérée le 31 janvier 1912 à la rachicocaïne: évacuation 15 centimètres cubes, injection 2 cc. 5. L'anesthésie a été générale, et trois heures après la ponction l'opérée présente encore de l'anesthésie de la moitié inférieure du corps. Suites operatoires bonnes. Sort guérie de la maison de santé le 22 février 1912.

### Observation 19

Observation recueillie par nous à l'Infirmerie centrale des Prisons

*Eventration après laparotomie sus-ombilicale pour péritonite tuberculeuse*

P... Adrien, 21 ans, cocher, entré le 19 avril 1912.

Aucun renseignement dans les antécédents héréditaires du malade. N'avait jamais été malade quand il fut arrêté le 20 janvier 1910 à Nîmes. Commence à souffrir de son ventre vers le milieu de 1909 (juillet-août). Il se plaint alors de dyspnée d'effort, de ballonnement du ventre. En même temps il est sujet à des crises de constipation opiniâtre suivies de débâcles diarrhéiques. Il maigrit, a des sueurs nocturnes abondantes.

Il entre à l'Infirmerie de la Prison de Nîmes le 12 août 1909 et y reste jusqu'en avril 1910. Pendant son séjour il est soigné pour une pleurésie gauche, non ponctionnée, avec défaillance probable du myocarde car on lui a donné de la caféine, de la spartéine et de la théobromine. Son ventre continue à grossir, se distendant surtout dans la région sus-ombilicale et après les repas surviennent des douleurs assez vives.

Envoyé à Fresnes, le 22 avril 1911 ; opéré le 1er mai au chloroforme, ayant refusé la rachi : laparotomie sus-ombilicale simple : ascite, gâteaux péritonéaux, drainage consécutif, cicatrisation rapide sauf au niveau de l'orifice du drain où les bourgeons sont peu vivaces. La plaie n'est complètement guérie qu'un mois après l'intervention.

Le malade passe en médecine le 31 mai 1911 : suralimentation, 6 œufs par jour, cacodylate de soude. Sirop iodotannique.

Revient en chirurgie le 19 avril 1912 pour éventration sus-ombilicale.

Dans la région sus-ombilicale, téguments violacés médians, avec cicatrice de la première intervention, large de 5 centimètres, longue de 8.

Lorsque le malade est au repos, toute cette région est plate, mais s'il fait un effort (toux) ou veut s'asseoir, la paroi se soulève en une volumineuse tuméfaction de la grosseur du poing, avec maximum à la partie inférieure de la cicatrice. C'est une masse sonore, facilement réductible, permettant de sentir alors très bien le rebord interne des muscles droits écartés sur une largeur de 8 centimètres. Léger épanchement ascitique. Sur toute la partie postérieure du thorax, cicatrices de pointes de feu surtout à la base gauche.

L'examen de l'appareil pulmonaire ne révèle seulement que de la rudesse respiratoire du sommet gauche, les bases sont sonores et la respiration y est normale.

L'appareil circulatoire, les urines, tout est normal. Le poids est de 54 kilogrammes. Pas de fièvre.

Le malade a le teint blafard, il aurait perdu 8 kilogrammes depuis l'intervention. La langue est légèrement chargée. Alternatives de diarrhée et de constipation. Appétit excellent. Pas de ganglions axillaires, inguinaux, ni cervicaux.

Intervention le 4 mai 1912.

Evacuation : 12 centimètres cubes. Liquide sous faible tension.

Injection : 1 cc. 75. Spartéine : 0,05. Strychnine : 0,001.

Anesthésie excellente. Pas de vomissements. Pas de troubles respiratoires. Durée de l'opération : une heure dix. Pendant les sept dernières minutes le malade sent un peu les sutures de la

peau. Anesthésie parfaite et massive pendant tout le reste de l'opération.

Incision de la cicatrice en forme de losange de façon à comprendre toute la peau cicatricielle qui limite à la paroi l'éventration.

Dissection de la peau saine sur tout le pourtour de l'éventration qui mesure 15 centimètres sur 5 à 6 de large au centre. Avivement des bords aponévrotiques. Décollement par pression ou avec la pointe des ciseaux du péritoine qui adhère au grand épiploon et au côlon transverse. Ouverture. Il n'y a pas de granulations dans l'abdomen ni sur le grand épiploon, mais dans le tissu cicatriciel qui correspond au point de drainage ancien, on trouve plusieurs tubercules, de la grosseur d'un grain de blé, enfermés dans une gaine fibreuse et à centre caséeux qu'on enlève.

Fermeture du péritoine par surjet (catgut (n° 0), de l'aponévrose par 10 points doubles, 6 simples (catgut n° 3) interposés.

Fermeture de la peau au catgut n° 1 en surjet.

Durée de l'anesthésie du thorax une heure et demie.

Le malade est remis dans son lit : pas de température le soir. Le soir et le lendemain de l'opération 0,01 de morphine. Cicatrisation par première intention.

Le 5 mai, 1/2 litre de lait, le 6, 2 litres, le 10, potages en plus du régime lacté, le 13, œufs et pain en plus. Enfin le 16 reprend son régime habituel avec viande hachée, œufs. Sirop iodotannique.

Le 1er juin, nausées, vomissements ; lavage de l'estomac avec 2 litres d'eau bicarbonatée tiède. Le 2 juin le malade est remis au régime lacté, qu'on augmente peu à peu et le 15 il reprend ses 4 œufs, et sa viande hachée en plus de sa ration normale.

Il est libéré le 26 juillet 1912 ayant augmenté de poids et ayant une paroi sus-ombilicale d'une solidité parfaite.

### Observation 20

Observation recueillie par nous à l'Infirmerie centrale des Prisons

*Péritonite tuberculeuse*

D..., 17 ans, présente des antécédents héréditaire chargés : sa mère est morte de tuberculose, son père également. Un frère est mort de méningite, un autre de fièvre typhoïde. Lui-même a eu une rougeole à 9 ans, la diphtérie à 12 ans, ayant presque chaque hiver une bronchite. Pleurésie à 14 ans.

Depuis trois ou quatre mois est sujet à des digestions difficiles, avec alternatives de diarrhée et de constipation, des poussées fébriles sans cause apparente. Son ventre se ballonne. Le malade maigrit, s'anémie, mais l'état général reste bon. Reste deux mois à la Petite Roquette et se présente à la visite parce que son ventre était augmenté de volume.

A l'examen, état général assez bon, diminution de la sonorité au sommet gauche, inspiration très rude, pas de râles.

Ventre volumineux de batracien avec matité en damier.

Diagnostic de péritonite tuberculeuse avec ascite cloisonnée.

Le malade est opéré le 8 août avec rachianesthésie.

| | |
|---|---|
| Evacuation : 13 cc. | Spartéine : 0,10 |
| Injection : 2 cc. | Strychnine : 0,001 |

Laparotomie sus-ombilicale de 12 centimètres commençant à 6 centimètres de l'appendice xyphoïde. L'épiploon adhérent présente des granulations nombreuses sur ses deux faces. Elles se répètent sur la face antérieure de l'estomac, le côlon transverse, etc. Il existe de nombreuses adhérences de l'épiploon au péritoine

pariétal. Celle-ci sont décollées, et on pénètre dans un vaste kyste séreux constitué par des anses agglutinées et contenant environ deux litres d'un liquide jaune citrin, légèrement gélatineux.

La paroi est suturée après écoulement de ce liquide, drainage avec deux tubes dant l'un allant sous la face inférieure du foie.

L'anesthésie a été excellente, remontant jusqu'aux clavicules. Le malade qui, malgré la défense, avait pris de la tisane avant l'opération, l'a rendue peu après que l'injection anesthésiante eut été faite.

L'opération a duré vingt minutes.

Sensibilité revenue en totalité à 1 heure de l'après-midi, soit une heure et demie après l'injection; pour la moitié supérieure du corps, à deux heures (soit 2 h. 1/2 pour les membres inférieurs).

Le malade urine le soir même. Pas d'élévation de température, ni les jours suivants. Enlèvement des drains le 4e jour, des fils le 8e jour.

Le malade sort de l'infirmerie quinze jours après, ayant augmenté de 2 kilogrammes.

Avant de passer aux observations suivantes, nous ferons remarquer en passant le rôle important que joue la rachicocaïnisation dans les opérations portant sur l'estomac. Il s'agit, en effet, généralement de malades affaiblis par le manque de nourriture, fatigués par la continuité ou au contraire les brutales exacerbations des douleurs, par la répétition des vomissements, intoxiqués par les résorptions putrides du contenu de l'estomac sténosé, se présentant dans un état de faiblesse tel que les chirurgiens les plus audacieux n'osaient qu'à

regret leur faire courir les risques d'une anesthésie par inhalation. Et le malheureux malade se voyait réduit à cette cruelle alternative : la peur de rester sur la table d'opération ou la condamnation à la situation la plus horrible qui soit : celle de se voir littéralement mourir de faim.

La rachicocaïnisation n'amoindrissant en rien le peu de défense de l'organisme d'individus aussi faibles, on a pu les faire bénéficier de l'intervention chirurgicale, curative quelquefois, palliative seulement, hélas ! bien souvent, mais qui leur procurait, *dans tous les cas*, une satisfaction et un repos moral intenses faisant miroiter à leurs yeux le mirage de la guérison ; et cela parce qu'ils pouvaient simplement s'alimenter un peu et reprendre, avec les forces revenues, un semblant de vie normale. Et n'est-ce pas un résultat appréciable pour un médecin ou un chirurgien, que d'arriver, sinon à rendre la santé, au moins à rendre plus paisible la fin d'un malade en lui procurant l'illusion d'une guérison possible.

Il nous faut ajouter toutefois que nous avons été heureusement aidés dans nos opérations de gastro-entérostomie par le bouton du Professeur Jaboulay, de Lyon, bouton qui permet d'employer un procédé extra-rapide, ne laissant le malade que peu de temps sur la table d'opération, et auquel le Dr Alphonse Huguier rendait tout dernièrement à la Société des Chirurgiens de Paris un public hommage auquel nous sommes heureux de nous associer entièrement.

## II. — Intestin et cavité péritonéale

**Observation 21** (observation présentée à la Société médicale des Praticiens, par M. le Filliâtre)

*Occlusion intestinale. Péritonite consécutive*

La malade P..., 56 ans, ménagère.

Stercorémie depuis trois heures; langue sèche, facies grippé, ventre très ballonné. Laparotomie sus-ombilicale avec entérostomie et ablation d'un volumineux calcul biliaire fixé dans le jejunum et cause de l'occlusion.

On injecte 2 centimètres cubes de notre solution après évacuation de 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. Tension faible. Réflexes plantaires et patellaires exagérés. Analgésie parfaite remontant jusqu'aux seins.

Rien à signaler ni pendant l'analgésie ni après, vomissements fécaloïdes au début de l'opération, qui cessent après quelques minutes pour ne plus reparaître. Encore à l'établissement, état général satisfaisant.

**Observation 22** (observation inédite)

*Occlusion intestinale*

Mme R..., 55 ans, opérée le 9 octobre 1908 pour occlusion intestinale, au Kremlin Bicêtre. Rien dans les antécédents héréditaires. Jusqu'à 40 ans, la malade se porte très bien, menant une vie très laborieuse. Depuis malaises fréquents, amaigrisse-

ment, constipation fréquente, depuis deux ans devenue opiniâtre. A été soignée à l'hôpital Péan pendant un mois et en est sortie ne pouvant se faire opérer. A l'heure actuelle la malade n'a pas été à la garde-robe depuis cinq jours, son ventre est très ballonné, elle répand autour d'elle une odeur fécaloïde, pas de vomissements.

La malade est opérée à la rachicocaïnisation : on évacue 15 centimètres cubes de liquide, et on injecte 1 cc. 5 de solution cocaïnée. A ce moment la malade a des vomissements abondants, elle est très froide, son pouls est incomptable. On se décide à l'opérer quand même après lui avoir fait des piqûres de caféine et d'éther. On lui fait un lavage d'estomac qui ramène du liquide fécaloïde en grande quantité, puis on fait la laparotomie sus et sous-ombilicale, on sort une portion d'intestin qui est fixée à la peau.

Sérum aussitôt l'opération, et le lendemain. Quarante-huit heures après l'opération on incise l'intestin et l'anus iliaque fonctionne.

La malade sort le 30 octobre.

**Observation 23** (Inédite)

*Occlusion intestinale*

Mme M..., 58 ans, envoyée par le Dr Lear, demeurant à Montrouge. Opérée d'urgence le 27 décembre 1909 pour occlusion intestinale aiguë remontant au 22 décembre 1909. A l'arrivée le pouls est à 120, vomissements bilieux, gros météorisme.

Rachicocaïnisation, évacuation 18 centimètres cubes, injection 2 cc. 5. Excellente anesthésie.

Caecostomie très difficile, l'intestin étant infiltré par les gaz. Anus en un temps.

Le 28 décembre au matin excellents résultats: pouls 86, température 37°4, respiration 25. Bon état général. Ventre souple. Pas de vomissements.

Le 31 décembre, l'anus fonctionne toujours bien, état général bon. Ventre souple. Légère élévation de température et du pouls due à deux petits abcès stercoraux par pénétration de matières fécales dans le tissu cellulaire. On fait sauter deux points de suture. Urines boueuses, rouges.

Le lendemain, 800 à 900 grammes d'urines brunâtres plus claires. Langue humide. Sort le 20e jour en très bon état.

**Observation 24** (Inédite)

*Occlusion intestinale et péritonite généralisée*

Mme R..., 47 ans, opérée d'urgence le 2 avril 1912. Péritonite généralisée au 5e jour d'une occlusion intestinale aiguë.

Laparotomie à la rachicocaïne : évacuation 15 centimètres cubes. Étant donné l'état lamentable de la malade (facies péritonéal, pouls incomptable, langue sèche et rôtie, vomissements fécaloïdes), on n'injecte que 1 cc. 1/4 de solution de cocaïne, soit 2 cc. 1/2.

On trouve 20 centimètres d'intestin noirâtre, avec plaques de gangrène. La séreuse est complètement détruite au niveau de ces plaques avec bord assez net, fond grisâtre. L'intestin grêle, très rouge, est distendu, baignant dans un pus grisâtre abondant et fétide, et contenant du colibacille (Dr Barlerin). On ne trouve aucune cause d'obstruction et on songe à une torsion au niveau des plaques gangrenées. Le gros intestin, le cæcum sont vides

ainsi que la terminaison de l'intestin grêle. L'intestin ne se vide pas à cause du rétrécissement pathologique.

Entérostomie de ces 23 centimètres d'intestin et drainage. Durée de l'anesthésie de l'abdomen : une heure et demie. La malade qui avait très bien supporté l'opération grâce à l'anesthésie quitte la maison de santé pour la Pitié en état assez satisfaisant étant donnée la gravité de son cas.

**Observation 25** (Inédite)

*Perforations multiples de l'intestin par coup de feu*

Mme F..., 29 ans, envoyée par le Dr Balencie d'Athismons. Accident de chasse à 5 heures de l'après-midi : un fusil ayant été déposé trop brusquement sur une table, les 2 coups (plomb n° 5) partent et Mme F..., reçoit la décharge à 5 pas, celle-ci traversant le treillage d'une tonnelle avant d'atteindre la blessée.

Plombs nombreux dans tout le côté gauche de la malade, y compris le bras et l'avant-bras gauches, surtout dans la fesse, la fosse iliaque externe gauche. Trois au niveau de l'arcade de Fallope, un au-dessus du pubis.

Au-dessus de l'arcade les 2 plombs les plus externes ont perforé la paroi, un autre a tranché l'artère épigastrique.

La malade est amenée vers 3 heures du matin le 9 septembre 1912 dans un état syncopal ; pouls incomptable et fuyant, défense de la paroi musculaire dans toute la moitié gauche de l'abdomen surtout, vomissements depuis 9 heures du soir.

Etourdissements, bourdonnements d'oreille, respiration : 35°.

Laparotomie à la rachicocaïne : évacuation 16 centimètres cubes, injection : 1 cc. 5. Aidé par le Dr Delaunay, M. le Filliâtre fait une grande laparotomie médiane, volumineux héma-

tome occupant tout le côté gauche de l'abdomen et consécutif à la rupture de l'artère épigastrique à 3 centimètres de son origine ; elle est ligaturée. Double perforation du côlon transverse et de son méso. Cinq perforations du grêle. Déroulement de tout l'intestin. Suture de ces perforations.

Enlèvement des caillots. Drain n° 50 dans le Douglas. Suture de la paroi. Sérum : 500 centimètres cubes. Huile camphrée : 3 centimètres cubes. Strychine : 0.002.

Anesthésie excellente : seule la rachi a pu permettre cette intervention. Dans la journée sérum : 1.500 grammes, les jours suivants pas de fièvre. Etat général s'améliore peu à peu.

Sort de la maison de santé le 26 septembre en parfait état.

## III. — Foie, Rein, Lombes.

### Observation 26 (Inédite)

*Néphropexie*

Jeune fille de 18 ans, d'Ivry, opérée de *néphropexie* pour rein mobile descendu dans le cul-de-sac de Douglas et présentant par moments des torsions de l'uretère. Opérée à domicile.

Opérée par rachianesthésie, évacuation 18 centimètres cubes, injection 2 centimètres cubes, anesthésie et suites opératoires excellentes. Mariée aujourd'hui.

### Observation 27 (Inédite)

*Néphropexie*

Mme X..., 46 ans, petite, maigre, opérée de *néphropexie*, rein droit descendu dans la fosse iliaque, très douloureux, à la rachianesthésie, évacuation 18 centimètres cubes. I = 2 centimètres cubes.

Suites excellentes.

**Observation 28** (Inédite)

*Néphrectomie*

M. X..., 55 ans, néphrectomie, pour hydro-pyonéphrose, opéré d'urgence dans les Ardennes, à domicile, dans un état d'infection très avancé, avec fièvre, langue sèche et rôtie, pouls filant, à la rachianesthésie avec 20 centimètres cubes d'évacuation, 2 centimètres cubes d'injection. Issue d'un litre de pus, drainage, fistule urinaire qui se ferme au bout de trois mois environ.

Amélioration rapide.

**Observation 29** (Inédite)

*Lipome de la région lombaire*

Mme P..., âgée de 43 ans, entre pour tumeur de la région lombaire. Mère morte d'embolie, une sœur morte de maladie de cœur, une tante maternelle porteur d'un lipome de l'épaule.

Réglée à 16 ans. Fièvre typhoïde à 25 ans. Rien d'autre à signaler. Il y a sept ans s'aperçoit d'une petite grosseur du volume d'une noix siégeant dans la région lombaire gauche au niveau du triangle de J.-L. Petit. Depuis, cette grosseur n'a fait qu'augmenter et depuis un an a plus que doublé de volume atteignant la grosseur d'un gros poing d'homme.

Pas de communication avec l'abdomen.

Femme très sensible au froid, très sensitive, jouissant d'un état général très satisfaisant.

Opérée le 2 mars 1910 à la rachicocaïne : évacuation : 12 centimètres cubes, injection 2 cc. 5, ablation d'un énorme lipome et

réunion. A la fin de l'opération la tête est peu sensible à la piqûre mais l'anesthésie n'est pas absolue.

Suites opératoires parfaites. La malade sort guérie.

### Observation 30 (Inédite)

*Lithiase biliaire. Cholécystostomie*

Mlle B..., 54 ans, entre à la maison de santé pour lithiase biliaire avec cholécystite suppurée.

A eu plusieurs crises de coliques hépatiques depuis l'âge de 32 ans, et nous est envoyée par le Dr Morin. Elle présente des vomissements bilieux, avec élévation de température à 40° depuis deux jours. Le pouls est petit à 115 et 120. Le ventre est ballonné ; la langue sèche et rôtie ; teinte subictérique de tout le corps. On sent, à l'examen du ventre, du côté droit une tuméfaction du volume d'un poing d'adulte, à peu près à l'union des côtés et du bord droit du muscle grand droit, du même côté. Cette tumeur descend très bas, presque jusqu'à la fosse iliaque droite. A ce niveau la palpation révèle une douleur exquise et intolérable.

La malade est opérée à la rachiococaïne. Evacuation de 22 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien ; injection de 2 centimètres cubes de solution de cocaïne au 1/50. L'anesthésie est excellente.

On procède à une cholécystostomie ; après avoir doublé d'épiploon les lèvres péritonéales, on fixe la vésicule par des points séro-séreux puis on l'amène et on la fixe à la peau. On aspire le contenu par ponction, puis on l'ouvre et on nettoie la cavité cystique dans laquelle on trouve une trentaine de calculs de volumes divers.

Durée de l'opération, trente-sept minutes.

L'anesthésie remontait jusqu'aux clavicules. Durée non prise. Suites opératoires bonnes ; la malade est sortie une vingtaine de jours après ; deux mois après la fistule biliaire est fermée et la malade se porte depuis à merveille.

## IV. — Thorax

### Observation 31

Observation recueillie par nous à l'infirmerie des prisons et publiée dans le *Bulletin de la Société médicale des Praticiens*, juillet 1911.

*Intervention sur le thorax*
*pour un ostéome d'origine traumatique*

T... Hippolyte, maréchal-ferrant.

Il s'agit d'un malade de 42 ans, dont les antécédents héréditaires n'offrent qu'un intérêt relatif : sa mère est morte, son père, âgé de 76 ans, en bonne santé, six frères et sœurs bien portants. Cinq sont morts mais la cause de leur décès est inconnue du malade. Quant à lui il a perdu sa femme en 1901 de tuberculose après avoir eu d'elle un enfant qui est mort en bas âge, en nourrice. Il s'est remarié et de sa seconde femme a eu deux enfants qui sont morts de méningite, l'un à 8 mois, l'autre à 3 ans.

Depuis 1901, c'est-à-dire depuis la mort de sa première femme, il n'a cessé de tousser et en 1909, pendant son séjour à la prison de Riom, il a dû rester 7 mois à l'infirmerie pour sa bronchite. En 1910, à Angoulême, il a eu une petite hémoptysie.

Il entre à l'Infirmerie Centrale de Fresnes le 28 mai dernier

pour une tumeur du côté droit du thorax. Il fait remonter le début de cette affection au commencement de 1909. Quatre ou cinq mois avant son arrestation, alors qu'il exerçait son métier de maréchal-ferrant et qu'il ferrait un cheval, il reçut de celui-ci un coup de pied. La pointe seul du sabot le toucha en glissant sur le thorax. La douleur fut assez forte pendant quelques jours, exaspérée par la toux et les inspirations fortes. Deux ou trois jours après cet accident, là où avait frappé le cheval, c'est-à-dire à la partie antérieure et droite du thorax une ecchymose se montra en même temps que du gonflement de la région. Cette tuméfaction atteignit en une dizaine de jours le volume d'un œuf de poule, puis se résorba peu à peu. Mais quand cet hématome fut presque complètement disparu le malade constata à son niveau la présence d'une petite tumeur, d'abord résistante, puis qui finit par prendre une dureté osseuse et au bout de deux ou trois mois elle avait atteint son volume actuel.

A l'examen de cette région on voit sur la partie antérieure du thorax du côté droit, au niveau du rebord costal, une petite tuméfaction du volume d'une noix, tuméfaction siégeant sur la ligne mamelonnaire à l'union des 7e et 8e cartilages costaux. Cette tumeur est tronc conique, d'une dureté osseuse, faisant corps avec la côte sur laquelle elle repose et avec laquelle elle se continue sans ligne de démarcation nette.

La peau a conservé sa coloration normale et est complètement mobile sur la tumeur. La palpation est indolore, elle provoque à ce niveau quelques frottements sous-cutanés.

La lésion est donc bien limitée, mais l'état général du malade est loin d'être satisfaisant. Pâle et amaigri, il tousse fréquemment et expectore abondamment. La dyspnée est marquée : 50 respirations par minute. Le sommet gauche du malade pré-

sente en avant une grande diminution de sonorité et une inspiration très rude à l'auscultation. En arrière, on y note de la matité également et une respiration soufflante avec de petits râles humides. Le pouls est petit et fréquent. Du côté de l'appareil digestif l'appétit est resté assez bon, le malade digère bien, a des selles faciles, un foie et une rate normaux. On ne trouve aucune trace de syphilis dans ses antécédents. Enfin ses urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. La température s'élève légèrement le soir, et il a des sueurs nocturnes abondantes.

Le malade est opéré le 10 juin par rachicocaïnisation dans l'espace lombo-sacré, suivant la méthode habituelle de M. le Dr Le Filliâtre. Après qu'on a retiré 15 centimètre cubes de liquide céphalo-rachidien, on injecte 2 cc. 5 de la solution de cocoaïne au 1/50 (en même temps injections sous-cutanées de caféine et et de strychnine).

Après un incision des pláns superficiels, parallèle au trajet de la 7e côte, on tombe sur une poche sus-aponévrotique descendant jusqu'à la gaine du muscle droit du même côté. Cette poche semble être le reliquat de l'hématone qui a suivi la contusion thoracique.

Cette poche, légèrement lubréfiée, ne renferme aucun liquide et présente un peu l'aspect d'une synoviale. Après sa dissection on arrive sur la tumeur osseuse qui est implantée dans l'espace intercostal, en plein sur les muscles intercostaux, entre les cartilages costaux VIIe et VIIIe, auxquels elle adhère. Cette tumeur osseuse implantée en plein cartilage est enlevée au bistouri, en respectant l'intégrité du rebord costal qui se rompt cependant. Les deux cartilages costaux sont suturés au catgut, les plans superficiels au crin. Il est curieux de noter cette prolifération osseuse en plein cartilage, prolifération due probablement à un

fragment osseux détaché par le pied du cheval et amené en cet endroit.

L'anesthésie a été excellente, le malade n'ayant aucunement souffert pendant l'opération : au début, tout au plus, a-t-il eu quelques nausées qui se sont vite dissipées. Il n'a accusé ni céphalée, ni vertiges, n'a eu aucun vomissement. Le lendemain de l'intervention, la malade commençait à manger.

Le malade est transféré le 10 juillet 1911. La plaie thoracique s'est cicatrisée par première intention, mais l'état général reste précaire, bien que le malade ait augmenté de poids pendant son séjour à l'infirmerie.

### Observation 32

Observation recueillie par nous à l'Infirmerie centrale des Prisons

*Abcès froid thoracique.*

A... Léon-Georges, 34 ans, restaurateur, entre le 9 octobre 1911 à l'Infirmerie.

Son père est mort d'apoplexie à 57 ans, sa mère d'un cancer abdominal à 47 ans. Une sœur morte à 38 ans d'une rupture de grossesse extrautérine. Veuf : femme morte récemment de tuberculose pulmonaire.

Pas d'enfants.

Aucune maladie pendant le jeune âge. A 16 ans contracte la syphilis ; blennorrhagie la même année. En 1902, soigné deux mois pour bronchite à l'hôpital militaire de Sétif (province de Constantine), traitement aux capsules de créosote. Certificat médical : lésions du sommet gauche.

En 1903, quatre mois de séjour à l'hôpital de Batna pour

bronchite (huile de foie de morue créosotée, pointes de feu). Congé de convalescence de six mois. Entre au Val de Grâce où on fait un examen, négatif, des crachats. Amaigrissement considérable.

De 1904 à 1909 ne se soigne plus. Arrêté en avril 1909, et séjour à la santé jusqu'au 30 décembre 1909 où il entre en cellule à Fresnes.

Vers le mois d'avril 1909, se plaint de douleurs dans la région thoracique droite, douleurs exacerbées par la toux, le fait de cracher, de se moucher, même l'inspiration forte. Ces douleurs se calment peu à peu ; il ne reste à leur place qu'une sensation de point, de gêne persistante. Au mois d'août 1911, à ce niveau apparition d'une petite tuméfaction qui n'a fait qu'augmenter depuis. Le malade a conservé un excellent appétit.

A l'examen, A... présente au niveau de la 7e côte, en dedans de la ligne mamelonnaire, du côté droit, un abcès volumineux, tendu, atteignant la grosseur du poing. La peau en est rouge et amincie, la fluctuation très nette. Indolence absolue.

Du même côté la paroi thoracique de la région sous-claviculaire et pectorale est affaissée. L'auscultation du sommet droit fait entendre une inspiration rude, une expiration prolongée ; les vibrations thoraciques sont exagérées, la sonorité semble normale. Sous la clavicule sonorité exagérée.

Mais à la base droite on trouve les vibrations diminuées, une matité remontant à l'épine de l'omoplate en arrière et se prolongeant en avant jusqu'au-dessous du sein. La respiration n'est pas entendue à la base, et ne devient perceptible qu'autant qu'on s'élève et qu'en même temps on se rapproche de la colonne vertébrale. On ne trouve ni souffle, ni pectoriloquie aphone. Côté gauche normal.

Pas de fièvre. L'appétit du malade est excellent. Urines normales.

On pratique une ponction exploratrice en arrière au niveau du 7e espace droit, elle reste négative Il s'agit vraisemblablement d'un épaisissement de la plèvre consécutif à une pleurésie passée inaperçue.

Le malade est opéré le 24 octobre 1911.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Evacuation . . | 13 cc. | Strychnine . . | 0,001 |
| Injection . . . | 2 cc. | Spartéine . . | 0,05 |

Malade très nerveux. Anesthésie moins bonne que normalement (pas assez de liquide évacué ?) : la malade se plaignant de sentir un peu, tout au moins dans la région sus-ombilicale.

Ni céphalée, ni vomissements.

Incision de la peau au niveau de l'abcès, en U couché à charnière externe, dissection, ouverture de l'abcès, grattage des masses fougueuses et lardacées préosseuses. Rien à l'os. Aucun signe de fistule pleurale. Drainage. Suture au crin. Durée de l'anesthésie du thorax : une heure un quart.

Suites opératoires bonnes. Cicatrisation rapide sauf au niveau de l'orifice du drain par lequel s'écoule du liquide séropurulent. La peau reste encore rouge pendant un mois environ.

L'état général s'améliore et le malade sort le 30 décembre 1911, avec sa plaie thoracique cicatrisée et ayant augmenté de 4 kilogrammes pendant son séjour.

**Observation 33** (Inédite)

*Fistule thoracique*

St... Charles, 64 ans, mineur, entre au dispensaire en janvier 1908 pour fistule thoracique.

Ses antécédents héréditaires ne révèlent rien d'intéressant ; lui-même sans avoir jamais été très malade, tousse depuis le jeune âge. Marié deux fois : la première femme était bien portante ; la seconde tousse. De sa première femme il a eu cinq enfants qui sont morts en bas âge. Il tousse et crache beaucoup, a maigri, et a des sueurs nocturnes. A l'auscultation on trouve de la submatité des deux sommets, des râles de bronchite disséminés et de fins râles crépitants au sommet gauche.

Le malade raconte qu'il y a quatre mois, en travaillant son outil a glissé et lui a écorché la poitrine, il s'est formé une petite plaie qui s'est mise à suppurer deux ou trois jours après.

A l'examen on trouve au niveau de la septième côte au niveau de la ligne mamelonnaire un petit orifice entouré d'une peau rouge et adhérente aux plans profonds. En y introduisant un stylet on trouve un trajet de 4 à 5 centimètres qui se termine sur la côte.

On opère le malade le 21 janvier à la rachicocaïne ; après évacuation de 30 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, on injecte 2 centimètres cubes de la solution de cocaïne à 1/50. L'anesthésie commence presque aussitôt l'injection. Un peu de céphalée et quelques nausées au début. Pendant toute l'opération ce malade a conservé sa connaissance, déclarant ne rien sentir et seulement « entendre » l'opération. Celle-ci a duré

près d'une heure. Après dissection de la peau autour de l'orifice fistuleux on incise le trajet sur la sonde et on arrive sur le cartilage malade qu'on enlève à la cuvette. On met une mèche à l'éther iodoformé et on referme la plaie.

En examinant la sensibilité du malade après l'opération, c'est-à-dire une heure apres l'injection de cocaïne, on la trouve abolie complètement au niveau des membres inférieurs, du tronc, des membres supérieurs, du menton, de la joue. La cornée reste insensible au toucher. On pique la joue, la langue, sans que le malade ressente de la douleur. Il accuse quelque sensibilité quand on lui touche la membrane du tympan.

Le soir de l'opération le malade urine seul, sa température est de 36°9, le lendemain matin 37°2. Suites opératoires bonnes.

Le malade sort sur sa demande, quelques jours après.

### Observation 34

*Lipome de la paroi thoracique*

Mme Bl..., 44 ans. Volumineux lipome de la paroi thoracique et hygroma du genou droit. Ablation de ces deux tumeurs. Injection de 2 centimètres cubes apres ponction dont le volume n'est pas mesuré.

Analgésie parfaite, même à la paroi thoracique, région latérale. Pendant les quelques minutes du début de l'operation, un léger état nauséeux. Rien d'autre à signaler, ni pendant, ni après, si ce n'est l'exagération des réflexes plantaires et patellaires pendant l'opération.

Sort guérie douze jours après l'intervention.

(*Bulletin de la Société méd. du IXe*, 1905.)

**Observation 35** (Inédite)

*Néoplasme du sein*

Mme D..., 49 ans, entre à la clinique pour tumeur du sein droit. Réglée à 15 ans, mariée à 23 ans, grossesse à 28 ans, fausse couche à 40 ans. L'enfant est en bonne santé. Le père est mort d'une fluxion de poitrine, la mère a 77 ans et est bien portante. Deux sœurs bien portantes également.

Plusieurs bronchites avant le mariage. Albuminurie il y a neuf ans : s'en est aperçue au moment de la fausse couche (crises d'éclampsie). Complètement guérie actuellement. Attaque d'hémiplégie il y a deux ans.

Présente un néoplasme du sein droit. État général assez bon. Bruits du cœur un peu sourds. Léger œdème de la jambe droite.

Opérée le 6 décembre 1911 à la rachicocaïne : évacuation 18 centimètres cubes, injection : 2 cc. 5. Ablation totale avec curage de l'aisselle.

Anesthésie parfaite ayant remonté aux clavicules et ayant duré pour le thorax près de deux heures.

Suites opératoires bonnes. Il y eu 5 à 6 centimètres de la suture qui se désunirent et mirent deux mois à se cicatriser. La cicatrice est souple et mobile. L'aisselle est en très bon état, la malade peut très facilement mettre son bras derrière la tête. Bon état général (6 février 1912).

**Observation 36** (Inédite)

*Tumeur du sein. Ablation totale*

Mme D..., 54 ans, entre à la maison de santé pour cancer du sein gauche en février 1908.

Père mort d'angine de poitrine ; mère, 80 ans, bien portante, deux frères en bonne santé. Réglée à 12 ans, mariée à 20 ans. A 21 ans, premier enfant ; un autre à 22 ans, qu'elle ne nourrit pas. A 24 ans, nouvel enfant qu'elle nourrit mais, pendant l'allaitement, abcès du sein. Deux autres enfants, un à 27, un à 30 ans, qu'elle ne nourrit pas. N'est plus réglée depuis cinq ans.

Il y a quatre mois seulement qu'elle s'est aperçue d'une grosseur au sein gauche, à cause des douleurs qu'elle y ressentait. Il est à remarquer que depuis sept ou huit mois elle souffre du bras correspondant.

Au palper, tumeur mobile de la grosseur d'une noix, on ne sent pas de ganglions. Etat général bon.

Opérée à la rachicocaïne le 20 février 1908 : évacuation de 25 centimètres cube de liquide céphalo rachidien, injection de 2 centimètres cubes de solution de cocaïne au 1/50. Ablation complète du sein et de l'aponévrose du grand pectoral avec dissection du tissu cellulaire de l'aisselle. Drain dans l'aisselle.

Anesthésie parfaite. Pas de nausées, pas de céphalée. Aucune élévation de température les jours suivants. Durée de l'anesthésie non prise.

Sort de la maison de santé vingt jours après son opération. Guérie complètement.

**Observation 37** (Inédite)

*Néoplasme du sein*

Femme de 38 ans, grosse, cœur gras, sujette à l'essoufflement. Cancer du sein droit avec ganglions axillaires.

Opérée à la rachicocaïnisation. Evacuation : 20 centimètres cubes. Injection : 2 cc. 5. Caféine éther, huile camphrée (2 cc.). Strychnine 0.0005 (1/2 milligramme). Enlèvement complet et curage de l'aisselle. Ablation d'une partie de graud pectoral Anesthésie excellente, ayant duré pour le thorax une heure et demie.

Guérison rapide ; réunion par première intention.

**Observation 38** (Inédite)

*Pleurésie purulente*

Enfant de 13 ans, envoyé par le Dr Morin pour une pleurésie purulente à pneumocoques. C'est un enfant petit, chétif, paraissant tout au plus 9 ans, mais d'un état général satisfaisant. Le jour de l'arrivée, arrive asphyxiant, les lèvres violacées, les yeux injectés, les extrémités refroidies et cyanosées. Dyspnée extrême. Cœur refoulé en dehors. Epanchement remontant à l'épine de l'omoplate.

Opéré par rachicocaïne : évacuation de 12 centimètres cubes de liquide, injection de 1 cc. 5 de solution de cocaïne au 1/50.

Anesthésie excellente ; pas de vomissements, pas la moindre gêne pendant l'opération. Résection de la 8e côte, drainage. Durée

de l'anesthésie de la moitié supérieure du corps jusqu'au cou une heure. Suites opératoires excellentes.

En très bonne santé actuellement.

## V. — Membre supérieur

### Observation 39

Observation recueillie à l'Infirmerie des prisons
*Ganglions axillaires*

H..., Adolphe-Edouard-François, 23 ans, journalier, entre le 14 janvier 1908 à l'Infirmerie pour adénite axillaire. Opéré par M. le Filliâtre le 19 janvier 1908, au chloroforme. Le malade est pris pendant l'opération d'une syncope assez grave, obligeant à interrompre l'opération. Le malade reste en traitement jusqu'au 31 mars 1908, ayant toujours une fistule axillaire par laquelle coule beaucoup de pus.

Le malade va à Tenon, à Saint-Louis où on lui fait des pansements à la teinture d'iode. Depuis le 4 août 1908 jusqu'en juin 1909, guérison apparente. Arrêté à nouveau le 9 juin 1909.

(Les parents de ce malade sont bien portants. A eu à 10 ans une ostéite de l'avant-bras gauche. En 1900 envoyé à Berck, la fistule antibrachiale est enlevée, il en revient guéri. Réformé du régiment le 6 juin 1907 pour bronchite chronique.)

Entre à l'Infirmerie le 1er mai 1910 pour une adénite, volumineux axillaire gauche. Il est opéré à la rachicocaïne le 13 mai 1910 :

| | |
|---|---|
| Evacuation . . . . | 15 cc. |
| Injection . . . . . | 2 cc. 5 |

M. le Filliâtre enlève un gros ganglion et vide une énorme

poche purulente se trouvant au 1/3 supéro-interne du bras gauche. Puis on imbibe la cavité d'éther iodoformé.

L'anesthésie s'est passée sans incidents. Pas de vomissements ni de céphalée. Une demi-heure après la fin de l'intervention la sensibilité cornéenne est encore abolie. Le goût n'est pas annihilé mais amoindri.

Le malade est mis à un régime spécial (suralimentation) et sort guéri le 30 juin 1910.

**Observation 40**

Observation prise à l'Infirmerie des prisons

*Ganglions axillaires*

De B... Camille-Joachim-Alphonse, 36 ans, menuisier, entre à l'Infirmerie le 23 juin 1910 pour adénite axillaire bacillaire.

Opéré le 5 juillet 1910, rachicocaïnisation :

Evacuation . . . . . 13 cc.

Injection. . . . . 2 cc. 25

M. le Filliâtre pratique une longue incision dans le creux de l'aisselle permettant l'évidement complet et le curettage de la loge axillaire. Extirpation de plusieurs gros ganglions tendant à la caséification et nettoyage complet de la région jusqu'au dessous du grand pectoral.

Anesthésie bonne, sans incident. Insensibilité de la cornée à la fin de l'opération. Pas de vomissements ni de céphalée. L'anesthésie durait encore une heure après l'injection pour le thorax et n'est revenue pour les membres inférieurs que deux heures et demie après; suites opératoires bonnes.

Le malade sort le 9 août 1910.

**Observation 41**

Observation recueillie par nous à l'Infirmerie des Prisons, et publiée dans le *Bulletin Société Méd. Praticiens*, avril 1911.

*Adénite axillaire.*

Il s'agit d'un homme de 48 ans, C .. Louis, journalier, opéré le 18 juin, pour *diverses lésions tuberculeuses : gommes et adénites de la région sous-claviculaire et du membre supérieur gauche.*

Dans les antécédents héréditaires de ce malade, on trouve des traces de tuberculose : son père est bien mort à 85 ans, mais sa mère est morte à 58 ans d'une pleurésie. Il n'a qu'une sœur qui est en bonne santé. Lui-même, célibataire, a des antécédents personnels peu chargés : une *pneumonie* en 1892 et c'est tout.

A la fin du mois d'avril 1910, il fit une chute sur le coude gauche. Cette simple contusion ne fut pas soignée au début et la douleur fut insignifiante, mais au bout d'une quinzaine de jours, le coude se mit à augmenter progressivement de volume. Au bout de deux mois, les téguments prirent une coloration rouge foncée et il se forma un abcès qui s'ouvrit spontanément. Le malade va se faire soigner pendant deux mois à Saint-Louis et à Tenon, et à la suite de pansements humides répétés, le coude diminue de volume, mais à la face externe existe toujours une plaie profonde admettant l'extrémité du pouce. Le malade se décide alors à entrer à Saint-Louis, où tout en lui faisant une série de 25 piqûres de biiodure d'hydrargyre, on lui continue les pansements humides d'abord, iodoformés ensuite. Il sort

de l'hôpital au bout de trois mois, presque guéri et recommence à travailler.

Au mois de janvier dernier, à la face externe de l'avant-bras gauche, s'ouvre une petite nodosité du volume d'une noisette que le malade avait déjà depuis deux ou trois mois ; il en sor du liquide séro-purulent et la plaie se fistulise ; à cette même époque la plaie du coude se met à couler de nouveau.

Arrêté le 4 février, le malade reste deux mois à la Santé, puis arrive à l'Infirmerie Centrale le 5 avril et, le lendemain, on lui fait, sans l'anesthésier, un grattage de la gomme antibrachiale et on lui incise une adénite axillaire qui venait de se montrer du même côté.

A l'examen, le 1er juin, on se trouve en présence d'un homme bien conformé, pesant 71 kgr. 500, nullement amaigri.

A la face externe de l'avant-bras gauche, à la limite du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen, se voit un placard violet foncé, ovoïde à grosse extrémité distale, long de 5 centimètres, large de 3 avec quelques squasmes et quelques croûtelles périphériques. Ce placard, légèrement soulevé, présente trois petites fistules laissant s'écouler du liquide séreux et par lesquelles on arrive avec un stylet dans une poche sous-dermique un peu plus étendue que ne le faisait supposer la grandeur du placard. Celui-ci est souple, non adhérent aux plans profonds.

Au niveau de la région bicipitale, du même côté, se voit une petite tuméfaction violacée et indolore, de la grosseur d'une noisette, sous-dermique également et non ouverte.

A quelques centimètres au-dessous de la clavicule existe un petit orifice fistuleux entouré d'une collerette violacée de 2 centimètres environ. On arrive également avec un stylet dans une poche sous-dermique très étendue,

A la face postérieure du bras, au niveau de l'olécrâne, quatrième placard violacé, circulaire, de 2 centimètres de diamètre, fistulisé également et non adhérent aux plans profonds.

Enfin, à la face externe du coude gauche, entre l'épicondyle et l'olécrâne, existe une dernière plaque, violacée, allongée, longue de 8 centimètres, large de 2 centimètres, mais adhérente aux plans profonds et présentant à son centre plusieurs petites ulcérations à fond grisâtre et sanieux, laissant couler un liquide séro-purulent et permettant l'introduction d'un stylet qui arrive sur le condyle huméral complètement dénudé.

Il faut ajouter encore dans l'aisselle une tuméfaction ganglionnaire assez volumineuse, recouverte d'une peau en mauvais état, et présentant une ouverture d'un centimètre à fond gris blanchâtre, avec des bourgeons charnus peu vivaces.

Tous les mouvements de la main, du bras, de l'avant-bras, sont intégralement conservés.

L'examen des divers appareils du malade est excellent, il ne tousse pas, n'a pas de fièvre, ne présente aucun symptôme pulmonaire. La recherche de la syphilis est négative. Les urines sont normales.

En somme, il s'agit d'un malade, présentant une ostéite tuberculeuse du condyle huméral gauche, une adénite axillaire et des gommes de même nature.

Le malade est opéré le 10 juin par M. le Dr Le Filliâtre avec rachicocaïnisation lombo-sacrée : l'évacuation de liquide est de 15 centimètres cubes, l'injection de 2 cmc. 1/2 de solution de cocaïne au 1/50e et on commence l'opération 10 minutes après l'injection.

Après une large incision du creux axillaire, on énuclée au doigt les masses ganglionnaires fongueuses et on achève le net-

toyage à la curette. Puis, on curette de même les diverses gommes sous-claviculaire, bicipitale, olécrânienne et anti-brachiale et la cicatrice fongueuse de la face externe du coude, jusqu'à ce qu'on arrive sur l'os dénudé. L'aisselle drainée est pansée à plat, les plaies cutanées recouvertes d'un pansement humide.

Il est à remarquer que ces diverses gommes, bien que ne présentant qu'une surface altérée très petite, s'étendaient très loin sous le derme : c'est ainsi que la gomme sous-claviculaire qui n'offrait qu'un diamètre apparent de 2 ou 3 centimètres s'étendait sous la peau à 4 ou 5 centimètres tout autour de l'orifice fistulaire.

Il s'agit donc là de ces gommes tuberculeuses spéciales que nous pourrions dénommer avec raison à *forme disséquante*.

Le malade a très bien supporté l'intervention, ne cessant de causer pendant l'opération, à tel point qu'on a dû faire taire ce méridional exubérant.

Le soir de l'opération la température était de 37°3, le pouls de 70 ; le lendemain, le malade mangeait, le surlendemain, il se levait.

On pourra objecter que cette opération n'était ni très longue, ni très douloureuse; car bien que la section de la peau soit un des temps les plus douloureux de toute opération, on avait affaire ici, à des tissus déjà malades, en état de moindre nutrition et plus ou moins altérés.

Mais cette objection tombera d'elle-même, après la lecture de l'observation suivante :

### Observation 42

Recueillie par nous à l'Infirmerie des Prisons
et publiée dans le *Bull. Soc. Méd. Prat.*, avril 1911.

*Amputation du bras par rachicocaïnisation*
*pour une ostéo-arthrite tuberculeuse du coude.*

Le malade H... François, âgé de 22 ans, a perdu ses parents, mais ne peut nous donner aucun renseignement sur les causes de leur décès. Il a un frère et une sœur en bonne santé; il est célibataire et n'a eu aucune autre maladie que l'affection pour laquelle il est amené à l'Infirmerie Centrale de Fresnes.

Le début en remonterait, d'après les dires du malade, à l'âge de 6 ans, à la suite d'une chute qu'il fit sur le coude droit. Il fut soigné à cette époque dans divers hôpitaux et entre 6 et 10 ans, il fut opéré sept fois : quatre fois à l'hôpital Trousseau, deux fois aux Enfants-Malades et une fois à Berck, où il séjourna pendant un an. Autant qu'il puisse se le rappeler, on ne lui fit chaque fois que des grattages du coude.

Depuis l'âge de 10 ans, l'avant-bras perdit peu à peu une grande partie de ses mouvements de flexion et d'extension sur le bras. En même temps, au niveau de l'incision qui lui avait été faite sur la face externe du coude droit, continua à s'écouler du liquide purulent, assez abondant l'été : l'hiver, au contraire, la fistule se refermait complètement; il en fut ainsi pendant toute l'adolescence du malade : l'atrophie progressive de son bras, la limitation de ses mouvements ne l'empêchaient cependant pas de faire son métier de cordonnier, mais le firent réformer du service militaire il y a trois ans.

Depuis un an environ, l'articulation du coude est complètement ankylosée.

Le malade a déjà été opéré dans le service le 6 mai, sous chloroforme, par M. le Dr Le Fillâtre, pour une adénite sous-maxillaire gauche d'origine tuberculeuse. Il ne reste actuellement comme traces de l'opération, qu'une cicatrice de 7 ou 8 centimètres parallèle à la branche montante du maxillaire inférieur. On lui fit également alors un grattage de son articulation du coude dans laquelle on pénétrait largement.

Le malade se présente à l'examen avec le bras droit en demi-flexion et en supination. Ce qui attire immédiatement l'attention, c'est le contraste entre l'amaigrissement considérable de l'avant-bras et surtout du bras droits et la tuméfaction globuleuse que forme l'articulation du coude Au niveau de la partie moyenne du bras droit, celui-ci mesure, en effet, 15 centimètres de circonférence, 23 centimètres du côté opposé! Au tiers supérieur de l'avant-bras 19 cm.,22 du côté opposé ; au niveau du tiers inférieur 14 centimètres, 15 centimètres du côté opposé.

Le coude droit, par contre, mesure 23 centimètres de circonférence.

A sa face externe, on remarque une cicatrice violacée, longue de 10 centimètres environ, siégeant à égale distance du cubitus et du radius et ayant son milieu sensiblement au niveau de l'interligne articulaire ; à cet endroit, les tissus sont légèrement ulcérés, présentant des bourgeons charnus, mous et friables du milieu desquels semble sourdre un liquide séro-purulent contenant en suspension des grumeaux caséeux.

L'articulation est distendue par les fongosités et la palpation détermine au niveau des épiphyses une douleur exquise ; les

téguments sont infectés et durs. En introduisant un stylet par l'orifice fistulaire, on arrive au milieu de masses molles et friables sur des surfaces osseuses complètement dénudées. On peut facilement traverser l'articulation et sentir le stylet sur la face interne du bras. Aucune atteinte ganglionnaire.

Les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras sont impossibles, ceux de supination et de pronation très diminués.

Bien que le malade soit pâle et anémié, son état général reste bon. Il présente au sommet droit une exagération de la sonorité et des vibrations, et une diminution respiratoire marquée; en arrière et du même côté de la submatité avec quelques petits râles fins à l'inspiration. Le pouls est bon, un peu rapide : 80 pulsations par minute. Ses urines sont normales. Son appareil digestif fonctionne bien, il ne présente aucune trace ni d'antécédents de syphilis. Le malade est opéré le 3 juin 1911 par rachicocaïnisation lombo-sacrée L'injection de cocaïne est encore de 2 cc. 1/2 après évacuation de 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien.

Après quelques minutes d'attente on pratique l'amputation du bras au 1/3 moyen par transfixion en conservant un lambeau antérieur deux fois plus grand que le lambeau postérieur. *L'opération a duré vingt-deux minutes.*

Elle s'est passée sans douleurs aucunes pour le malade, il n'a eu ni céphalée, ni vomissements, il n'a rien éprouvé au moment des sections osseuses et nerveuses et pour montrer comment il suivait bien les diverses phases de l'opération : « c'est fini », s'est-il joyeusement écrié quand l'os eut été complètement scié. Il n'a nullement souffert, non plus lors de la

traction volontaire opérée sur les nerfs médian, radial, cubital pour leur raccourcissement.

Les suites opératoires ont été excellentes, le malade n'a eu aucune élévation thermique post-opératoire et prenait son premier repas le lendemain de l'opération. Enlèvement du drain le 9 juin et d'un fil sur deux.

Enlèvement des derniers fils le 14.

Le malade sort guéri le 27 juin.

### Observation 43

Observation recueillie par nous dans le service du Dr Bernard à l'Infirmerie centrale des Prisons.

*Amputation du bras.*

B... Joseph, âgé de 42 ans, entre à l'Infirmerie le 4 mai 1912 pour tuberculose du coude gauche.

Son père est mort tuberculeux à 36 ans ; deux sœurs bien portantes. Rougeole à 6 ans. Aucune maladie avant 23 ans. Entre au régiment à 21 ans dans l'Infanterie coloniale où il contracte à 25 ans, après quatre ans de service, une tuberculose du testicule gauche qui entraîne sa réforme. L'autre testicule se prend ensuite, se fistulise et entraîne, à 30 ans, l'émasculation totale du malade. Puis celui-ci se porte bien jusqu'à l'âge de 35 ans, contracte une pneumonie qui altère sa santé et à 36 ans il voit apparaître une augmentation de volume de son coude gauche. Cette tumeur augmente progressivement de volume ; on immobilise plusieurs fois de suite le bras du malade dans un plâtre sans aucune amélioration, et il arrive dans un état de faiblesse extrême à l'Infirmerie.

Le bras gauche offre un contraste frappant entre ses différents segments : le bras est atrophié considérablement ; au-dessous le coude présentant un volume énorme ayant près de 40 centimètres de circonférence, de coloration rouge, avec plusieurs orifices fistuleux par où s'écoule un liquide séro-purulent ; l'avant-bras est œdématié, la main également. L'avant-bras est en demi flexion sur le bras.

L'état général du malade est très mauvais : il est complètement intoxiqué par les poisons formés dans sa tumeur ; il est pâle, cachectique, a de la fièvre chaque soir avec rémission matinale, il tousse et crache abondamment, présentant des râles fins au sommet droit. Etant donné cette intoxication profonde, ce dépérissement, on décide qu'il y a lieu de procéder le plus tôt possible à l'enlèvement de la tumeur blanche. Mais, faire subir à ce malade une opération avec anesthésie chloroformique était impossible, sous peine de le voir rester sur la table d'opération. Le Dr Bernard se décide alors à tenter l'amputation avec rachianesthésie, bien que n'ayant jamais jusque-là vu pratiquer d'opérations hautes par ce procédé.

Après ponction dans l'espace lombo sacré on retire 15 centimètres cubes de liquide et on injecte seulement 2 centimètres cubes de la solution de cocaïne au 1/50. Dix minutes après l'anesthésie remonte jusqu'à la clavicule ; le malade est effrayé des préparatifs de l'opération : on lui tourne la tête, et il ne sent même pas l'incision de la peau.

Amputation intra-deltoïdienne ; aucune douleur à la dissection et ligature du paquet vasculaire, pas plus qu'à la section des nerfs. Drainage. Durée totale de l'opération. Cinquante-cinq minutes. Durée de l'anesthésie non prise.

Pas de vomissements. La température tombe le lendemain de

l'opération ; le drain qu'on avait mis par sûreté est enlevé le quatrième jour, les fils le 10 : belle cicatrice et surtout véritable résurrection du malade qui, débarrassé de son foyer de toxines, se remet à manger, et de 41 kilogrammes au moment de l'opération, pèse 53 kilogrammes six semaines après. Rentre au quartier le 28 juin, où il est en si bon état qu'il peut faire sa tâche comme tout le monde, et part à Angoulême le 4 août.

Il est à remarquer que ce malade n'aurait certainement pas pu supporter une anesthésie par inhalation et son état de faiblesse générale était telle que, sans cette amputation libératrice, il serait mort peu après. Ainsi le Dr Bernard a-t-il été surpris et enchanté de ce résultat qu'il n'osait espérer et auquel il n'avait eurecours que poussé par la nécessité.

## VI. — Cou et tête

### Observation 44

*Gros cancer du corps thyroïde, opéré par le professeur Jaboulay, de Lyon, rachianesthésie, par M. le Filliâtre*

Observation due à l'obligeance du Dr Duroux, chef de clinique

Nous ne faisons que donner le résumé de cette observation, dû à l'obligeance du Dr Duroux, chef de clinique, celle-ci devant être publiée prochainement *in extenso* dans le *Progrès médical.*

Malade d'une cinquantaine d'années, porteur d'une volumineuse tumeur thyroïdienne adhérente, ayant augmenté très rapidement de volume, et occasionnant des douleurs occipitales violentes.

Diagnostic posé : néoplasme du corps thyroïde.

Opéré le 12 juin 1912 par le professeur Jaboulay ; en raison du volume de ce cancer qui comprime la trachée et tous les

organes voisins, comme on ne peut songer un seul instant à l'anesthésie par inhalation, le Dr Le Filhâtre est prié de lui faire une rachicocaïnisation.

Évacuation de 18 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, injection de 2 cc. 5 de la solution de cocaïne au 1,50. Strychnine : 0,003 en injection sous-cutanée, sparteine 0,05.

L'anesthésie s'est produite très rapidement et a été excellente. L'opération et l'énucléation ont été laborieuses ; on a dû faire une incision médiane allant de 2 travers de doigt au-dessus de l'os hyoïde, jusqu'au manubrium, et deux incisions transversales parallèles aux clavicules ; les adhérences étaient nombreuses : celles qui fixaient la tumeur au paquet vasculo nerveux étant particulièrement marquées. Toutes les tractions opérées sur les organes voisins en les libérant n'ont causé aucun malaise au malade qui respirait plus facilement à mesure qu'on enlevait la tumeur. Il accusa seulement une sensation de tiraillement qui ne le gêna nullement. Aucun trouble respiratoire ni cardiaque pas de vomissements.

La ponction avait été faite à 11 heures, à 1 heure on avait encore une anesthésie générale ; à 2 heures, jusqu'à l'ombilic ; à 3 heures la sensibilité était revenue en totalité.

Suites immédiates bonnes, le malade ayant quitté le service quinze jours après.

### Observation 45 (Inédite)

*Fistule dentaire*

Mme Ch..., mariée, 28 ans, ménagère, entre au dispensaire du Kremlin en 1908. Sa mère est cardiaque, son père a un cancer de l'estomac. Réglée à 15 ans, régulièrement, se marie à 21 ans,

a deux enfants bien portants. Crise de rhumatismes trois mois après le deuxième accouchement.

Depuis deux ans, dit-elle, ses dents se gâtent très vite et elle souffre en particulier fréquemment de la dernière molaire inférieure du côté gauche. Il se forma à ce niveau plusieurs petits abcès qui tous s'ouvrirent dans la bouche ; mais il y a dix mois il s'en forma un plus volumineux qui chemina sous la peau, celle-ci devint rougeâtre et la malade l'ouvrit elle-même, il en sortit une assez grande quantité de pus ; et depuis l'orifice ne s'est pas refermé, laissant toujours suinter du liquide séro-purulent. On examine la malade et on trouve un trajet aboutissant à la dent malade.

On opère la malade le 20 février à la rachicocaïne, et après évacuation de 20 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien on injecte 2 cm. 5 de la solution au 1/50. Quelques nausées mais pas de vomissements. Le brossage de la face n'est pas douloureux. La peau est incisée jusque sur l'os, puis le trajet est curetté soigneusement puis cautérisé au galvanocantère. Pas de céphalée. On introduit une mèche sortant par l'orifice interne dans le sillon gingivolabial, après ablation de la dent, et on suture soigneusement la peau. La malade sent un peu à ce moment (3/4 d'heure après l'injection).

Pas de température le soir. Suites opératoires bonnes.

**Observation 46** (Inédite)

*Enucléation de l'œil*

Malade du Dr Laroussinie, homme âgé (58 ans?) envoyé pour tumeur de l'œil. État général excellent.

Rachianesthésie 25 centimètres cubes, injection 2 cc. 5.

Enucléation. (L'œil opposé étant caché par une compresse et un champ opératoire.) Suites opératoires bonnes.

On n'a pas noté la durée de l'anesthésie.

### Observation 47

Obs. recueillie par nous à l'Infirmerie centrale des Prisons

*Adénite cervicale*

G..., entre le 14 septembre 1912 pour adénite cervicale droite. Antécédents personnels peu intéressants : rougeole à 6 ans. A une sœur morte bacillaire, deux frères bien portants.

Depuis quatre ans environ, dans la région cervicale du côté droit, existe une grosseur qui a peu à peu augmenté de volume. Actuellement c'est une tuméfaction assez considérable constituée par 3 ou 4 ganglions échelonnés le long de la chaîne carotidienne, et de grosseur variable, allant d'une noix à un gros œuf de pigeon. Peu de périadénite.

Bon état général. Rien aux poumons.

Opéré le 25 septembre par rachianesthésie à la cocaïne suivant le procédé habituel : le liquide céphalorachidien coule goutte à goutte, on en enlève 18 centimètres cubes et on injecte 2 cc. 5 de solution de cocaïne au 1/50 : soient 5 centigrammes. (Spartéine 0,05, strychnine : 0,002.)

Incision de 7 centimètres le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, dissection de la région et énucléation des ganglions. Suture au catgut fin n° 0.

L'anesthésie a été parfaite. Pas de vomissements pendant l'opération ni après. La durée de l'anesthésie du cou a été de trois quarts d'heure, du thorax d'une heure et demie, des membres inférieurs de deux heures et demie.

Cicatrisation par première intention.

### Observation 48

Observation recueillie par nous à l'Infirmerie centrale des Prisons.

*Adénite cervicale*

Z..., âgé de 25 ans, entre le 27 juillet 1912 pour volumineuse adénite cervicale gauche. Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ni personnels. N'a jamais été malade. Etat général excellent. Les poumons ne présentent aucun signe de tuberculose même au début. L'appareil digestif fonctionne normalement. Pas de fièvre, pas de sueurs nocturnes.

Présente à la partie postérieure du sternomastoïdien une petite tuméfaction, à peau rouge, présentant en son centre un orifice fistuleux par où s'écoule du liquide séro-purulent. En avant du sternocléido-mastoïdien, partant de la chaîne carotidienne et se dirigeant presque transversalement en dedans, parallèlement au bord inférieur du maxillaire inférieur, volumineuse traînée ganglionnaire, le ganglion le plus gros atteignant presque le volume d'un œuf de poule.

Peau mobile et normale.

Le malade est amené sur la table d'opération le 2 août 1912 ; on prépare les solutions habituelles, et M. le Filliâtre fait la ponction du niveau du lac lombo-sacré, entre la dernière lombaire et la première sacrée.

Il retire 18 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien.

Mais les deux seringues étant tout à fait semblables, au lieu d'injecter au malade la solution de cocaïne, M. le Filliâtre lui injecte dans le canal le mélange spartéine 0,05 et strychnine 0,001.

Voyant son erreur aussitôt, il refait une ponction au même niveau, retire encore 10 centimètres cubes de liquide puis décide de surseoir à l'opération et fait reporter le malade dans son lit.

Z... n'a aucunement souffert de la substitution de solution : pas de céphalée, pas de vomissements : mais le soir de l'opération la température monte à 39°8. Le lendemain matin 39° : le soir 38°4 et le 6 août, après une défervescence graduelle, tout est rentré dans l'état normal.

Le malade est opéré cette fois le 8 juillet: ponction habituelle, évacuation de 19 centimètres cubes de liquide, injection de 2 cc. 5 de solution de cocaïne au 1 50. Incision de 8 centimètres parallèle au bord inférieur du maxillaire, dissection de la région, le paquet ganglionnaire allant très profondément, hémostase faite soigneusement, suture intradermique de la peau au catgut n° 0.

L'anesthésie fut excellente et le malade ne vomit ni ne se plaignit pendant l'opération. Une heure après l'injection, la sensibilité revenait au cou et à la tête ; deux heures et demie aux membres inférieurs.

Le soir de l'opération ♀ : 38°2, le pouls est à 92 ; on donne un peu de thé à l'opéré. Le lendemain 9 août ♀ : le matin 37°2, le soir 37° ; le pouls est à 84 le matin, 76 le soir.

Pas de céphalée ni de vomissements, ni de fièvre les jours suivants. Sort guéri complètement le 16 août après réunion par première intention.

## CHAPITRE V

### Résultats obtenus

Comme l'on a pu s'en convaincre par les observations que nous venons de mettre sous les yeux du lecteur, nous avons obtenu avec notre méthode de rachianesthésie par la cocaïne des résultats absolument merveilleux. Nous pouvons les résumer en quelques phrases.

La HAUTEUR *de l'anesthésie a toujours été, et au delà, celle que nous avions cherché à obtenir ; sa* DURÉE *a varié presque autant que nous avons voulu*, les interventions étant toujours terminées depuis longtemps lorsque la sensibilité commençait à revenir ; elle a été en moyenne de une heure à une heure et demie pour la moitié supérieure du corps, de deux heures à deux heures et demie, trois heures même parfois pour la moitié inférieure.

Nos laparotomisés ont toujours uriné le soir même de l'opération ; leur ventre restait souple, ils ne vomissaient pas, si bien qu'on pouvait épancher dès le premier jour la soif ardente qui torture ordinairement ces opérés.

Et, fait à souligner, nous n'avons *jamais* eu aucun accident à déplorer, tout au plus avons-nous eu quelques petits ennuis sans importance, ennuis pour la plupart facilement évitables et que nous allons énumérer. Nous mettons naturellement de côté les fautes d'asepsie imputables au chirurgien, à son aide ou à ses instruments, nous n'en avons jamais eu jusqu'ici et c'est là faute trop grossière pour que nous nous y attardions un instant.

Les petits ennuis en présence desquels le chirurgien qui fait de la rachianesthésie peut se trouver peuvent être rangés dans diverses catégories.

1° Ils peuvent être dus tout d'abord à une maladresse de l'opérateur qui n'arrive point à pratiquer la ponction ; en suivant rigoureusement notre méthode, en faisant la ponction dans l'espace lombo-sacré, en la recommençant après insuccès, le chirurgien arrivera fatalement à un résultat.

Mais son aiguille peut être obstruée ; qu'il ait soin de toujours la munir du mandrin filiforme, qu'il aspire au besoin le liquide céphalo-rachidien avec une seringue ; il enlèvera ainsi le flocon fibrineux qui peut obstruer le calibre de l'aiguille et le liquide s'écoulera.

Ou bien, autre hypothèse, c'est du sang qui s'écoulera par l'aiguille? retirez-la ou avancez-la un peu plus, la veine péridurémérienne que vous avez lésée sera traversée, et, une fois les quelques gouttes de sang restées dans l'aiguille tombées dans l'éprouvette, le liquide céphalo-rachidien sortira limpide.

2° Un autre cas peut se présenter : le malade fait un brusque mouvement faisant ainsi dévier l'aiguille parce

qu'il a peur, rassurez-le, recommencez, et n'en éprouvez nul courroux contre la méthode.

3° Vous pouvez vous servir de cocaïne impure : méfiez-vous, c'est là une source d'accidents, et c'est pourquoi nous avons longuement insisté sur la nécessité d'avoir une solution de *bonne* cocaïne *récemment préparée*.

Mais, si bonne et si fraîche soit-elle, la cocaïne produit parfois quelques troubles ; c'est, au début de l'opération, un orage : des nausées, un peu d'angoisse, des vomissements, ceux-ci très rares si l'on a eu soin de purger le malade la veille de l'opération et de le laisser absolument à jeun. Tranquillisez-vous, et calmez votre malade : comme tout orage, ces malaises sont *toujours* passagers, de très courte durée et votre opéré, une fois la crise passée, se trouvera tout à fait bien.

4° Le soir de l'opération, comme nous l'avons déjà dit plus haut pour les laparotomisés en particulier, l'état général du patient et excellent. La céphalée N'EXISTE PLUS avec notre méthode. La température s'élève rarement, et, dans ces cas, 38, 38°5 sont le maximum observé, sauf naturellement dans notre expérience malheureuse de pastilles de cocaïne. Et d'ailleurs n'observe-t-on pas journellement nombre d'opérés, anesthésiés autrement qu'avec la rachicocaïne, et présentant le soir de l'opération une élévation de température assez forte sans qu'on puisse lui trouver d'autre cause que le choc opératoire ?

Tous ces incidents sont donc sans importance aucune et ne peuvent servir d'objection contre la méthode,

mais ne peut-on en faire d'autres plus sérieuses ? c'est ce que nous allons rechercher maintenant.

L'âge du malade ne peut-il constituer une contre-indication à la rachicocaïnisation ?

A cela nous répondrons *par des faits*. L'âge avancé des malades n'empêche nullement de les rachicocaïniser ; bien au contraire, ajouterons-nous, il constitue une indication à employer notre méthode. Laissez-moi seulement rappeler en quelques mots le cas d'un malade du Dr Lepaître de Bessancourt, malade âgé de 78 ans, vieil urinaire, qui fut opéré deux fois à la rachicocaïne à huit jours de distance pour des calculs de la vessie. Bien que très infecté, il supporta si bien ses deux lithothrities qu'il pouvait quelque temps après faire le voyage de l'Isle Adam aller et retour (ce qui représente au moins 10 kilomètres). « Ce fut, ajoute son médecin qui eut l'amabilité de nous donner ces renseignements, un magnifique succès pour la rachianesthésie. »

Mais nous nous étendrons beaucoup plus longuement sur la possibilité de rachianesthésier les enfants. C'est là une question encore à l'étude pour nous, et nous n'avons pas aujourd'hui assez d'expérience en la matière pour nous prononcer d'une manière définitive. Toutefois il nous semble possible d'affirmer qu'ils ne sont nullement affectés ou intoxiqués par ce mode d'anesthésie.

Nous avons ainsi opéré jusqu'à ce jour 9 enfants de 11 à 14 ans : l'un d'eux le fut même deux fois avec plein succès, la première pour un abcès périappendiculaire et péricæcal, la seconde pour appendicectomie. Une fillette de 11 ans qui fut présentée en 1907 à la Société

médicale du IX^e^ fut ainsi opérée pour un kyste dermoïde de l'ovaire, en pleine péritonite généralisée et guérie. Nous rapporterons seulement quelques observations tout à fait récentes et prises pour la plupart à Trousseau dans le service du D^r^ Savariaud qui a bien voulu expérimenter notre méthode, et dues à l'obligeance de M. Monod, interne du service.

### Observation 49

Due à l'obligeance du D^r^ Lepaître, de Bessancourt
Ostéite du fémur chez un enfant

Enfant de 14 ans, sans antécédents héréditaires, comme antécédents personnels une bronchite de longue durée qui avait retardé ses études.

Quand le D^r^ Lepaître le vit il avait une hyperthermie considérable 40°5, 41° et plus, sans rémission depuis une huitaine de jours, après un début brusque. Il présentait de l'empâtement de la cuisse et de la hanche gauches, avec douleurs très violentes à ce niveau. Râles de bronchites disséminés.

État général excessivement grave : anurie, langue rôtie, pouls à 140, délire, jactitation, amaigrissement. Le surlendemain l'enfant est opéré par le D^r^ Le Filliâtre avec anesthésie par rachicocaïne : évacuation 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, injection 1 centimètre cube de solution au 1/50. Evidement du fémur dans son tiers supérieur. Il n'y avait rien du côté de l'articulation qui était mobile et peu douloureuse.

Ici nous laissons la parole au D^r^ Lepaître.

« La rachi fut admirablement supportée. Pas de vertiges. Pas

« de nausées. Anesthésie très complète. L'enfant plaisantait pen-
« dant l'opération. Comme il habite un pays de carrières il com-
« parait le Dr Filliâtre avec sa gouge et son maillet à un ouvrier
« du pays et il demandait si on ouvrait une galerie dans son os. »

Drainage supérieur et inférieur. Après l'opération le malade urine mais la température resta longtemps entre 38° et 39°.

Quelque temps après l'enfant fit une bronchopneumonie subaiguë avec expectoration abondante ou plusieurs examens ne révélèrent pas de Koch. La jambe après une suppuration de trois à quatre mois resta par la suite immobilisée en abduction et flexion et plusieurs mois après l'intervention on peut poser le diagnostic de coxalgie.

Actuellement (octobre 1912) l'enfant est à Berck, guéri du côté de ses poumons et de son fémur et, paraît-il, en bonne voie de guérison du côté de sa hanche. Il en est à son deuxième plâtre.

### Observation 50

Recueillie ainsi que les suivantes à l'hôpital Trousseau, dans le service du Dr Savariaud, par M. Monod, interne.

S... Lucile, *2 ans*, opérée par M. Savariaud le 11 octobre 1912 pour *sarcome du rein gauche*, rachianesthésie par M. Le Filliâtre.

Ponction faite dans l'espace lombo-sacré ; on retire 9 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien s'écoulant goutte à goutte, et on injecte un demi centimètre cube de la solution de cocaïne au 1/50, préparée extemporanément.

L'enfant reçoit en outre une injection sous-cutanée de 1/4 de milligramme de sulfate de strychnine.

L'anesthésie a été parfaite, et un très volumineux sarcome rein enlevé sans incidents. Pas de vomissements.

Une heure après l'intervention l'enfant restait anesthésié jusqu'au mamelon. 2 heures après la sensibilité était revenue en totalité.

Le soir de l'opération le malade présente une légère élévation de température à 38°, le lendemain à 39°, puis la température tombe en lysis et le quatrième jour était devenue normale : elle ne devait plus remonter. L'état local de la plaie était excellent ; l'état général s'est amélioré rapidement de jour en jour: l'enfant est partie guérie le 26 octobre.

Il est à remarquer que les fonctions intestinales et urinaires n'ont jamais été troublées.

### Observation 51

L... Marie, 12 ans 1/2. Opérée le 11 octobre 1912 pour *appendicite,* avec rachicocaïnisation.

Ponction dans l'espace lombo-sacré, évacuation de 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien ; ce premier temps provoque de la part de la fillette qui ne voulait pas, disait-elle, être opérée, une réaction très vive. On injecte 2 centigrammes de cocaïne, la solution étant préparée au moment de l'intervention et on fait tousser la malade.

L'opération est commencée, mais la fillette, très craintive, est agitée, se plaint de souffrir et pousse des cris. Il faut lui donner quelques gouttes de chloroforme et on put rapidement achever l'intervention sans autre incident. Or il est à remarquer ceci que :

Une heure après l'intervention l'enfant était insensible jus-

qu'aux clavicules. Deux heures après la ponction, l'anesthésie atteignait encore une ligne passant un peu au-dessous de l'ombilic.

Trois heures après la sensibilité était complètement revenue. Interrogée, la malade *a affirmé ne pas avoir souffert, mais simplement avoir eu très peur.*

Le soir, légère élévation thermique à 38° ne s'étant pas reproduite les jours suivants. Se plaint de douleurs dans le côté droit du corps, qui disparaissent le troisième jour.

L'enfant sort guérie le 26 octobre.

### Observation 52

André G..., âgé de 6 ans 1/2, entre à Trousseau pour gros *abcès tuberculeux* datant de huit mois, ulcéré et fistulisé, siégeant à l'union du troisième cartilage costal gauche avec le sternum, entouré sur une étendue de 7 à 8 centimètres environ dans tous les sens d'une peau violacée et déchiquetée.

Opéré le 16 octobre à la rachicocaïne : évacuation de 7 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, injection de 1 centigramme de cocaïne, soit 1 1/2 centimètre cube de solution au 1/50. Sous la peau 1/4 de milligramme de strychnine.

Après une attente de dix minutes on commence à inciser la peau, mais l'enfant crie et se débat; on attend encore cinq minutes, mais l'anesthésie ne remonte que jusqu'à l'ombilic et on est obligé de donner du chloroforme.

Pendant la journée ni céphalée, ni vomissements; pas de rétention d'urine. Les jours suivants la température reste à 38°, comme avant l'intervention d'ailleurs.

Actuellement l'état général de l'enfant est bon.

### Observation 53

Rachel R..., *2 ans*, entre pour invagination intestinale à la quarante-huitième heure. État général désespéré, vomissements fréquents et porracés, pouls 140, filiforme, faciès plombé. ♀ : 39°4.

Ponction lombo-sacrée : liquide céphalo-rachidien évacué en quantité non recueillie, injection de 1 centimètre cube de la solution de cocaïne. Injection hypodermique de 1/2 de milligramme de strychnine.

L'enfant qui gémit depuis qu'elle est sur la table d'opération, pousse, dès qu'on a incisé la paroi, avec force, et on ne peut empêcher les anses de sortir en masse de l'abdomen. Elle crie davantage, on continue néanmoins pendant dix minutes à chercher le lieu de l'invagination (côlon dans l'S iliaque). Pendant ce temps deux vomissements verdâtres. Comme l'enfant se plaint toujours et que l'on veut pratiquer une appendicectomie; après avoir réduit l'invagination, on termine au chloroforme.

L'enfant ne cesse pas pour cela de se plaindre, et ce jusqu'au moment de sa mort survenue à 8 heures du soir, soit huit heures après l'opération.

Comme le fait voir la lecture de ces observations, nous avons eu chez les enfants des résultats bien différents : cela tient, selon nous, à ce que nous n'avons pas encore l'habitude de ces opérations : aussi dans l'observation n° 52, il est bien certain qu'il n'a pas été assez retiré de liquide céphalo-rachidien par une intervention aussi haute. Nous ne pourrons nous baser que sur des

centaines de cas avant d'obtenir une technique absolument certaine.

Quoiqu'il en soit il semble que les enfants supportent bien la cocaïne. Au-dessous de trois ans ils ne se rendent pas compte de ce qn'on leur fait, et ils se laissent docilement opérer, ne souffrant nullement. Au-dessus de cet âge, certains sont calmes (observation 49), mais combien d'autres sont indociles, curieux ou effrayés, et peut-être dans ces cas faudrait-il leur donner quelques goutes de chlorure d'éthyle de manière à pouvoir leur faire seulement en toute tranquillité la ponction. Celle-ci faite, ne sentant rien, ils ne se débattent plus. Au-dessus d'une dizaine d'années en général ils sont suffisamment grands pour comprendre et ne pas résister.

Dès maintenant, d'après ces quelques cas, trop peu nombreux malheureusement, nous pouvons dire que selon l'âge et la hauteur de l'opération une quantité de cocaïne de 0,0075 à 0,02 doit, après évacuation de 5 à 12 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, suffire pour avoir une bonne anesthésie, et que, dans tous les cas, la cocaïne ne semble présenter aucun danger pour eux.

Ainsi l'âge n'est nullement un obstacle à la rachicocaïnisation, que dirons-nous alors des états infectieux graves, des malades cardiaques, des cachectiques, cancéreux ou tuberculeux, des urinaires, auxquels la moindre intoxication surajoutée est fatale ? — Rappelez-vous ce malade que M. le Filliâtre présentait en avril 1911 à la Société médicale des praticiens, tuberculeux très cachectique auquel il fit une amputation de cuisse pour

ostéo-arthrite bacillaire du genou. Reportez-vous à toutes les observations que nous avons publiées, à nos gastro-entérostomies, à notre amputation du bras. Chez les presque moribonds la rachianesthésie a toujours donné des résultats dépassant toutes les espérances : alors qu'ils étaient condamnés par beaucoup, il nous ont procuré les plus beaux succès.

D'ailleurs la rachicocaïnisation est à ce point très inoffensive que les exemples ne manquent pas de malades ayant été opérés *plusieurs fois* avec ce mode d'anesthésie. Nous avons vu, nous-même à l'Infirmerie centrale des Prisons, deux malades ainsi anesthésiés *trois fois*, dont l'un pour tuberculose articulaire du membre inférieur, auquel on fit successivement une désarticulation du pied, une amputation de jambe, puis une amputation de cuisse. En 1905 déjà M. le Filliâtre présentait à la Société médicale du IX^e^ une malade rachicocaïnisée trois fois, sans aucun inconvénient et sans que la malade voulût entendre parler d'un autre mode d'anesthésie. Enfin rappelons pour terminer l'observation absolument concluante d'une femme présentée par M. le Filliâtre à la Société médicale du IX^e^ en 1906.

### Observation 54

Femme atteinte de suppurations multiples successives et consécutives à une septicémie puerpérale. Envoyée par le D^r^ Simon de Sonnois, elle fut rachicocaïnisée *cinq fois :* « la première pour une métrite puerpérale avec rétention placentaire avec état

général grave ; la seconde pour une périty phlite avec abcès volumineux de la fosse iliaque droite, gangrène totale de l'appendice, opérée d'urgence à 2 heures du matin en présence du Dr André Morin, de Paris ; la troisième pour un phlegmon du ligament large du côté droit, la quatrième pour un phlegmon périnéphrétique gauche, et la cinquième enfin pour un phlegmon de la cavité de Retzius avec dénudation de la branche ascendante du pubis gauche. » Un an après la dernière intervention, cette malade était en excellente santé, ainsi que le disait à M. Le Filliâtre le Dr Simon.

La rachicocaïnisation est donc, dira-t-on, exempte de toute contre-indication ? Pas tout à fait : ne faites pas de rachianesthésie chez les pottiques, vous vous exposeriez à des accidents ou à des paraplégies que l'on pourrait mettre sur le compte de l'anesthésique employé. N'en faites pas davantage chez les aliénés, à moins que le mauvais état général ou la nature de l'affection dont souffre le malade n'y obligent le chirurgien, car, turbulents ou peureux, ils ne vous attireront que des désagréments.

Méfiez-vous de même des malades trop nerveux : il semble bien toutefois que l'on ait exagéré la crainte de l'opération. Et, quand le Dr Descarpenteries, de Roubaix, déclare dans l'*Écho médical du Nord* que plusieurs de ses confrères lui auraient répondu qu'ils trouvaient peu intéressant d'assister à leur propre opération, nous répondrons simplement ceci : d'abord que le malade ne voit pas son opération, si on prend soin de la lui cacher au moyen d'une serviette formant écran, comme on doit

toujours le faire d'ailleurs et, qu'ensuite, tous les opérés que nous avons vu, tant en clientèle qu'à l'Infirmerie centrale des prisons, loin de redouter ce mode d'anesthésie, se sont montrés très heureux de ne pas être endormis, la crainte de ne plus se réveiller étant toujours plus forte que la peur d'une piqûre !

Mais surtout, il faut *toujours* appliquer rigoureusement la technique que nous préconisons, elle ne souffre pas de demi-mesures ni d'à peu près et se souvenir qu'on ne doit jamais, sous peine d'accidents graves, injecter des solutions de cocaïne sans avoir vu et recueilli le liquide céphalo-rachidien.

## CHAPITRE VII

### Parallèle avec les autres modes d'anesthésie

Ainsi donc, procédé absolument sûr, ayant fait ses preuves, ne connaissant pas pour ainsi dire pas de contre-indication.

En face de lui que voit-on ?

Des anesthésiques par inhalation, chloroforme et éther, dont les partisans eux-mêmes sont si loin d'en apprécier les mérites, qu'ils cherchent à leur substituer d'autres méthodes : injections intra-rectales ou intra-musculaires.

Nous ne ferons pas une critique détaillée pour chacun d'eux ; cela a déjà été fait et nous ne voulons pas dépasser les limites que nous nous sommes imposées pour cette thèse. Rappelons seulement que le chloroforme qui compte, aujourd'hui encore, le plus grand nombre d'adeptes est accusé non seulement de provoquer, assez rarement il est vrai, la mort immédiate (un cas sur 2.000), mais combien ne cause-t-il pas de morts éloignées que l'on ne met pas dans les statistiques ? Il a encore une action absolument nocive pour les reins et le foie surtout, action qui n'est plus mise en doute : les cas d'ictère

bénin, ou d'ictère grave post chloroformiques ne se comptent plus. On peut trouver toute la discussion et la bibliographie de cette question dans les thèses de Chambard (Paris 1911) et Derancourt (Paris 1911). Et, comme si le malheureux anesthésique n'avait déjà pas assez de méfaits à son actif, M. le Professeur Delbet montrait cette année à l'Académie de médecine son rôle néfaste sur les capsules surrénales. Enfin, dernièrement aussi, le Dr Albert Mathieu le rejetait pour les opérations de gastro-entérostomie, à cause de la dilatation d'estomac et des vomissements qu'il provoque, et même, dans un cas qu'il rapportait à la Société médicale du IXe, pour une hématémèse dont cet anesthénique aurait été la cause indirecte, révélant et réveillant un ulcus ignoré.

L'éther, moins répandu, occasionne des accidents pulmonaires, rend les hémorragies plus graves, agit aussi sur le rein ; la narcose semble également moins parfaite. Il semble dans tous les cas moins nocif que le chloroforme.

Restent les autres modes d'anesthésie rachidienne par les succédanés de la cocaïne et par la stovaïne. La novocaïne abandonnée de bonne heure semble aujourd'hui revenir un peu en faveur ; la tropacocaïne, défendue par Fisher, n'a plus guère de partisans. Seule la stovaïne est encore en honneur :

Et pourtant, elle est loin d'être inoffensive : sans rappeler ici les critiques que M. le Filliâtre lui faisait en 1907 et qui sont rapportés tout au long dans le *Bulletin de la Société médicale* du IXe arrondissement, sans reprendre tous les accidents réunis à son actif par Cham-

bard, nous ne pouvons nous empêcher de citer cette phrase de M. Bardet dans le *Bulletin général de thérapeutique* du 30 juin 1908: « Ce sont surtout les accidents tardifs dus à son emploi qui seraient les plus redoutables et nous ne pouvons que rappeler que Lindenstein la considère comme la plus toxique des préparations qu'il a employées et que Lawen, d'après les recherches expérimentales qu'il a faites à l'institut pharmacologique de Leipzig, regarde les effets de la stovaïne comme beaucoup plus durables et plus funestes que ceux de la cocaïne, et de tous les autres succédanés de celle-ci. Il semble néanmoins que la réalité des accidents rénaux qu'on lui a imputés ne soit pas entièrement démontrée et que les accusations de Schwartz soient rendues douteuses par les expériences de Czermak. »

Depuis l'article de M. Filliâtre, M. Dujarier, qui emploie la stovaïne, a eu des accidents de rétention d'urine, un cas d'incontinence qui s'est prolongé pendant huit mois, une céphalée qui dura dix-sept jours malgré 4 ponctions lombaires évacuatrices. Et, que dire de ce défenseur de la rachistovaïnisation *qui considère comme la moins mauvaise une méthode à laquelle il rapporte* 21 *cas de paralysies oculaires.* (Bonnefoy.)

Il est inutile d'insister sur ce point : les faits parlent d'eux-mêmes ; et, en présence de la stovaïne, la cocaïne tant dénigrée, mais que nous voulons essayer de remettre en honneur, employée d'après une méthode dont l'innocuité est démontrée, doit reprendre la place dont elle n'aurait jamais du être dépossédée, si l'on avait su se servir de cet anesthésique de choix.

## Observations relatives aux essais de comprimés de cocaïne

### Observation 55 (Inédite)

Fistule anale (cocaïne en pastilles)

M. R..., entrepreneur, âgé de 45 ans, très gros, pesant 104 kilogrammes, opéré le 26 juin 1912 pour fistule anale à la rachicocaïne : évacuation, 18 centimètres cubes, injection de solution de cocaïne faite avec une pastille : 1 cc. 5. Dilatation. Ouverture au thermo.

Anesthésie excellente, remontant jusqu'aux seins deux heures encore après l'injection. Mais pendant trois jours vomissements, maux de tête. Le troisième jour élévation de température à 39° et apparition d'une poussée d'herpès labial.

Le malade sort le dixième jour de la maison de santé, complètement guéri.

### Observation 56

(*Voir aux observations de la région épigastrique.*)

C. Mohammed, 21 ans, opéré pour hernie épigastrique, avec comprimés de cocaïne, céphalée, température élevée.

### Observation 57 (Inédite)

Bartholinite (rachicocaïnisation avec pastilles)

Mme C..., 31 ans, opérée le 3 juillet 1912 pour bartholinite.

Anesthésie par rachicocaïnisation : évacuation, 18 centimètres cubes, injection 1 cc. 25 d'une solution au 1/50 faite extemporanément avec une pastille de cocaïne.

Dissection de la glande de Bartholin. Attouchement à la teinture d'iode. Suture après capitonnage de la cavité, guérison par première intention.

L'anesthésie a eté parfaite mais la malade présente un peu de fièvre pendant les deux premiers jours, se plaint de céphalée, et vomit pendant trois jours.

Suites opératoires excellentes.

### Observation 58 (Inédite)

Fistule anale (anesthésie avec pastilles de cocaïne)

Mme G..., 35 ans, opérée le 27 juin 1912 pour une fistule interne latérale gauche de l'anus. Rachicocaïnisation avec pastille de cocaïne : évacuation : 12 centimètres cubes, injection : 1 cc. 5. Ouverture au thermocautère du trajet après dilatation de l'anus. Ablation d'un paquet hémorroïdal du côté droit.

Anesthésie excellente. Mais le soir de l'opération la température s'élève à 38°5. Vomissements pendant quarante-huit heures. Céphalée légère pendant près de trois jours.

Suites opératoires bonnes.

### Observation 59

Recueillie par nous à l'Infirmerie centrale des Prisons

*Hernie inguinale droite avec résection de l'épiploon Comprimés. Herpès. Hyperthermie.*

B... Armand, 23 ans, papetier ; en prison depuis quatre mois entre à l'Infirmerie le 26 juin 1912 pour une hernie inguinale droite.

Comme antécédents héréditaires, son père est mort en 1900

de hernie étranglée, sa mère en 1895, de cause inconnue. Il est marié, près d'avoir un enfant. A été opéré en 1909 à Tours d'une adénite cervicale.

Depuis huit ans, hernie inguinale droite indolore et réductible. Depuis deux ans la hernie augmente de volume pour atteindre la grosseur des deux poings. Depuis six mois elle est douloureuse.

Actuellement (28 juin 1912) la bourse droite est énorme remplie par une tumeur sonore, qui rentre en gargouillant au travers de l'orifice inguinal qui, très large, admet facilement trois doigts. Le testicule, gros comme un petit œuf, occupe l'extrémité inférieure du scrotum, un peu en arrière, et plus bas que celui du côté gauche. Le canal inguinal gauche est lui-même perméable et on y trouve une légère impulsion à la toux.

Bon état général. Rien à l'inspection des divers appareils.

Urines normales.

Le malade est opéré le 28 juin 1912 par M. le Filliâtre. Le comprimé de cocaïne est dissous et après évacuation de 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, on injecte 2 centimètres cubes de la solution anesthésiante. Sous la peau :

| | |
|---|---|
| Spartéine . . . . . | 0.05 |
| Strychnine . . . . . | 0.001 |

Après avoir ressenti quelques maux de tête, le malade redevient calme et ne se plaint plus de rien. L'anesthésie est parfaite, l'opéré dit lui-même pour qualifier son état qu'il est « comme si rien ne s'était passé ».

L'opération commencée à 11 h. 1/4 dure trois quarts d'heure environ y compris le pansement (spica double et pelote relevant les bourses).

Cure radicale, avec résection de l'épiploon.

L'anesthésie occupe tout le corps y compris la tête. Celle-ci est encore insensible à la piqûre profonde d'une épingle, une heure après l'injection. A 1 h. 1/4, soit deux heures après l'injection, la sensibilité est revenue en totalité.

Le soir de l'opération, la malade délire, s'agite dans son lit. Sa température est de 39°8. Le pouls est tendu, 84 à la minute. Nausées. Céphalée. 2 piqûres de morphine à 0.01 n'arrivent que peu à calmer le malade.

Le lendemain 29 juin, vomissements, haleine nauséabonde, le malade urine dans son pansement qui doit être refait. Il est agité ou très abattu, ne répondant pas aux questions qu'il ne semble pas comprendre. La température est de 39°2, le pouls à 78, toujours très tendu.

L'examen de la gorge révèle la présence de vésicules d'herpès très nombreuses, couvrant tout le fond de la bouche : amygdales, piliers, voile, paroi postérieure du pharynx.

Le malade a une respiration de 20 mouvements par minute. On lui met une sonde à demeure pour éviter toute contamination du pansement. Le soir θ : 38°6.

Le 30, θ : le matin 38°4, le soir 38°2.

L'angine évolue lentement. Apparition de vésicules herpétiques sur le côté droit du nez, la lèvre supérieure et l'arcade sourcillière droite.

Agitation extrême. Pouls tendu à 64. La sonde est enlevée, le malade semblant un peu plus lucide. Pansement renouvelé. Le 1er la fièvre tombe.

Au bout de six jours les phénomènes s'amendent et le malade recommence à parler peu à peu. La fièvre a disparu, l'appétit

revient. Quant à la plaie, elle est complètement cicatrisée et on enlève les fils le 12e jour.

Le malade sort complètement guéri le 22 juillet 1912.

### Observation 60

Observation recueillie par nous à l'Infirmerie centrale des Prisons

*Abcès chaud de la fesse. Pastille de cocaïne. Céphalée. 0. Herpès. Hyperthermie.*

D... Georges, 25 ans, célibataire, entré le 17 juin 1912.

Cet homme qui est pêcheur n'a jamais été malade. Il s'est aperçu au mois de janvier qu'il souffrait de la fesse gauche en ramant, sans d'ailleurs y faire aucune attention. Se présente le 17 juin avec une tuméfaction volumineuse, rouge, siégeant au niveau de la fesse gauche, chaude, remontant jusqu'au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, descendant en bas jusqu'au pli fessier, empâtée, laissant percevoir à son centre, répondant sensiblement à l'ischion, un peu de fluctuation.

Une ponction exploratrice est faite le 1er juillet : on recueille du pus brunâtre sans grumeaux contenant du staphylocoque et du tétragène.

Le malade est opéré le 4 juillet 1912, comme diagnostic : hygroma infecté de la bourse séreuse de la tubérosité ischiatique.

Rachianesthésie avec comprimé de cocaïne.

| | | |
|---|---|---|
| Evacuation | | 11 cc. |
| Injection | | 1 cc. 25 |
| Sous la peau | Strychnine | 0.01 |
| | Huile camphrée | 1 cc. |

Incision profonde. Drainage.

L'anesthésie a duré encore une heure après l'injection. Le malade n'a accusé aucun trouble pendant l'intervention. La langue, les oreilles, le cou sont insensibles pendant ce laps de temps.

Le soir céphalée violente. Température : 40°8 ; pouls : 92.

Le lendemain baisse de la température qui tombe à 38°4, mais la céphalée persiste. Le surlendemain 6 juillet, toujours céphalée, mais θ normale, et apparition d'herpès labial. Le 10 juillet, le malade se plaignant toujours de maux de tête, ponction lombaire ; évacuation de 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien trouble, suppression brusque de la céphalée.

Le liquide examiné ne contenait que des polynucléaires en très grande quantité.

Tout rentre dans l'ordre après la ponction et le malade sort le 14 août 1912.

### Observation 61

Observation recueillie par nous à l'Infirmerie centrale des Prisons

*Fistule anale. Comprimés. θ. Herpès. Céphalée.*

R..., 28 ans, entre le 27 juin 1912 pour fistule anale. Avait fait au mois de février un abcès de la marge qui avait été incisé à l'Infirmerie et s'était fistulisé. Suintement continuel, douleurs presque continues, avec paroxysmes, qui le font admettre de nouveau.

On trouve à 3 centimètres de l'anus, à gauche de la ligne médiane, une fistule à trajet oblique en dedans long de 2 centimètres environ.

Opération le 4 juillet 1912, avec rachianesthésie (comprimé de cocaïne).

| | |
|---|---|
| Evacuation de liquide céphalo-rachidien sous très forte tension. . . | 18 cc. |
| Injection. . . . . | 0 cc. 8 |

Injections sous-cutanées de :

| | |
|---|---|
| Spartéine . . . . . | 0.05 |
| Strychnine. . . . . | 0.001 |

Malgré la petite quantité d'anesthésiant (0.016), l'anesthésie est excellente, les organes génitaux, l'abdomen sont insensibles. La sensibilité de la langue et du cou est émoussée mais non abolie. En somme l'anesthésie est bonne jusqu'à l'appendice xyphoïde. Durée une heure et demie.

Incision du trajet sur la sonde cannelée au thermocautère.

Suites opératoires : le soir de l'opération céphalée, élévation de θ à 39°3. Le malade ne souffre pas. Pouls bon à 84. Le lendemain céphalée persistante, θ à 37°6 toute la journée.

Le troisième jour tout a disparu, θ à 37°2 mais, le quatrième, apparition de vésicules d'herpès sur les lèvres, sans hyperthermie aucune.

Le malade est guéri le 22 juillet 1912.

## CONCLUSIONS

I. *Anesthésie de durée largement suffisante, remontant jusqu'au niveau désiré, toujours complète, sans aucun accident à son actif,* voilà le bilan du procédé par M. le Filliâtre et nous.

II. Ses avantages sont nombreux.

Pendant l'opération :

Absence de vomissements, le *silence abdominal* dont parle Jonnesco, et qui n'est point à dédaigner lorsque l'on travaille dans le petit bassin.

Facilité pour le malade de se prêter aux désirs du chirurgien, ou de consentir le cas échéant à une opération plus étendue que celle à laquelle on croyait d'abord pouvoir se borner.

Après l'opération :

Suppression du choc opératoire.

Suppression des vomissements postchloroformiques auxquels sont dus bien des tiraillements douloureux

des sutures et probablement bien des éventrations et des hémorragies secondaires.

Conservation de l'intégrité fonctionnelle du foie, des reins, des capsules surrénales de l'opéré.

Rétablissement par suite plus rapide de celui-ci, qui urine seul le soir même de l'opération, et peut, quand l'intervention pratiquée l'autorise, s'alimenter quelques heures après.

On voit quel avantage elle présente dans les laparotomies, pendant lesquelles la malade est docile, ne pousse pas, et prévient même le chirurgien de l'arrivée « de l'orage » initial lorsqu'il se présente, de telle façon qu'il puisse prendre ses précautions. Et l'absence d'intoxication chloroformique et d'irritation gastro-intestinale si fréquente avec ce mode d'anesthésie permet, quelques heures seulement après l'intervention, d'étancher la soif vive et intolérable qui tourmente pour ainsi dire toujours les grandes laparotomisées.

La chirurgie du foie, celle des voies biliaires et celle du rein demandent son emploi, car c'est dans les opérations portant sur ces régions que le chloroforme est particulièrement dangereux.

Enfin chez les cachectiques, les tuberculeux, tous les malades infectés ou intoxiqués, seule la rachicocaïnisation peut rendre comme anesthésique de réels services ; en n'intoxiquant pas ces malades dont l'organisme n'a déjà plus de défense, elle leur permet toujours de bénéficier de l'intervention chirurgicale.

La rachianesthésie rendra encore des services à la campagne, où le médecin doit parfois pratiquer une

opération d'urgence sans pouvoir trouver un confrère pour chloroformiser ; en chirurgie de guerre elle sera d'un prix inestimable, permettant dans les ambulances d'anesthésier très rapidement un blessé, de faire les interventions d'extrême urgence ou de réduire une fracture sans douleur, avant d'évacuer le patient sur le service de l'arrière, son transport en étant par le fait même facilité.

III. — En un mot, si l'on excepte les malaises légers et non constants qui se produisent parfois pendant le début de l'anesthésie, la technique de rachicocaïnisation que nous préconisons donne une méthode d'anesthésie sûre, à l'abri des accidents immédiats et éloignés. Elle peut être employée plusieurs fois impunément sur le même sujet, à distances plus ou moins rapprochées, sans l'affaiblir ni l'intoxiquer, sans aucune crainte pour son avenir.

Et, si M. Tuffier en 1908 bornait au niveau des épines iliaques la hauteur des interventions relevant de la rachicocaïnisation, si M. Forgue en 1911 haussait cette limite jusqu'au-dessous du diaphragme, allant plus loin encore nous prétendons et prouvons que le corps tout entier est sous sa dépendance.

Il ne faut pas toutefois croire que l'on puisse faire une opération haute à la rachi sans aucun apprentissage : il faut se perfectionner peu à peu dans cette méthode ; calculer, non pas d'après un tableau tout fait, mais d'après l'état du malade, la durée, la hauteur, la nature de l'intervention, les doses à enlever ou à injec-

ter. Sinon, faute de ce *tour de main* indispensable, au lieu de faire œuvre utile, on ne pourrait que provoquer des accidents qui ruineraient une méthode à tous points de vue excellente.

---

Vu : le Président de la thèse,
POZZI

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

# BIBLIOGRAPHIE

Pour tout ce qui concerne la bibliographie de la rachicocaïnisation avant 1901 nous renvoyons le lecteur au livre si documenté de M. Tuffier ; on pourra la compléter comme suit :


Aubourg. — Rachicocaïnisation. *Thèse*, 1904.

Baumel. — Bilan thérapeutique de la ponction lombaire, 1912.

Bonnefoy. — Paralysies oculaires post-rachistovaïnisation. *Thèse* Lyon, 1911.

Bribon. — Rachicocaïnisation. *Thèse*, 1903.

*Caducée*. — 15 avril 1911.

Chambard. — Rachianesthésie. *Thèse* Paris, 1911.

Chaput. — Anesthésie générale ou très étendue par la rachicocaïnisation. *Presse médicale*, 1901.

— Pylorectomie à la rachianesthésie. *Gazette des hôpitaux*, juillet 1901.

— Indications respectives de la cocaïne locale, de la rachicocaïnisation et de l'anesthésie générale. *Presse médicale*, 1902.

— *Presse médicale*, 20 novembre 1907.

*Concours médical*. — 28 juin 1908.

Pierre Delbet. — De l'anesthésie par injection intrarachidienne de cocaïne. *Journal des praticiens*, 13 octobre 1900.

Professeur Delbet. — Chloroforme et capsules surrénales. *Bulletin acad. méd. de Paris*, 1912.

Derancourt. — Rachicocaïnisation. *Thèse* Paris, 1911.

Ducret. — Rachianesthésie. *Thèse* Lyon, 1910.

Dujarrier. — Rachistovaïnisation. *Journal médical français*, 15 février 1910.

Descarpenteries. — Les divers modes d'anesthésie. *Echo médical du Nord*, 1912.

Dorff. — *Semaine gynécologique*, 8 janvier 1901.

Fisher. — L'anesthésie rachidienne. *Thèse* Paris, 1911.

Forgue. — Rachianesthésie. *Bulletin de l'Acad. méd. Paris*, 4 juillet 1911.

Fumi. — XV^e^ Congrès des Sociétés italiennes de chirurgie, 27 octobre 1900 (Rome).

*Gazette médicale de Paris*. — Octobre 1908.

Guinard-Ravaut et Aubourg. — Société de chirurgie. Discussion sur la rachicocaïnisation, juillet 1901.

— Nouvelle solution de cocaïne pour la rachicocaïnisation. *Presse médicale*, 1902.

Guinard. — Rachicocaïnisation. *Gazette des hôpitaux*, novembre 1901.

Jonnesco. — Rachianesthésie. *Presse médicale*, octobre 1909.

— Rachianesthésie. *Presse médicale*, 6 janvier 1912.

— *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 2 mai 1912.

Jonnesco Sabadini.— XIII^e^ congrès de l'association française de chirurgie, 1910.

*Journal médical français*. — Rachianesthésie statistique, décembre 1909.

Le Filliatre. — Statistique de rachicocaïnisation. Infirmerie centrale des Prisons, mai 1902.

— Clinique générale. Nouveau procédé de rachicocaïnisation en chirurgie, mars 1904.

— Nouvelle technique de rachicocaïnisation. *Bulletin de la Société médicale des Praticiens*, mai 1905.

— Nouvelle technique de rachicocaïnisation. *Bulletin et mémoire de la Société médicale du IX^e^ arrondissement*, juillet 1905.

— *Société médicale du IX^e^ arrondissement*. De l'innocuité absolue de la rachicocaïnisation par la ponction lombaire, juillet 1906.

Le Filliatre. — *Société médicale du IX^e^ arrondissement.* Accidents et inconvénients de la rachistovaïne, mars 1907.

— *Société médicale du IX^e^ arrondissement.* Arthrotomie avec suture du muscle couturier. Anesthésie par rachicocaïne. Guérison, 14 novembre 1907.

— *Société médicale du IX^e^ arrondissement.* Ostéosarcome du fémur. Désarticulation de la hanche. Anesthésie par rachicocaïne. Guérison, 14 novembre 1907.

— *Société médicale du IX^e^ arrondissement.* Volumineux kyste abdominal. Marsupialisation. Anesthésie par la rachicocaïne. Guérison, 14 novembre 1907.

— *Société médicale du IX^e^ arrondissement.* Kyste dermoïde de l'ovaire chez une fillette de 10 ans. Laparotomie sous-rachicocaïne. Guérison, 14 novembre 1907.

— *Société médicale des Praticiens.* Hystérectomies totales abdominales avec analgésie par rachicocaïnisation, octobre 1907.

— *Société médicale du IX^e^ arrondissement.* Opération de grande chirurgie avec anesthésie par rachicocaïne suivant notre technique, novembre 1907.

— *Société médicale du IX^e^ arrondissement.* Rachicocaïnisation, 9 avril 1908.

— XVI^e^ Congrès international de médecine, Buda-Pest. Rachianesthésie, septembre 1909.

— V^e^ Congrès international de gynécologie. Saint-Pétersbourg, septembre 1910.

— *Société de l'Internat.* A propos de la rachicocaïnisation. Remarques anatomiques sur région et canal lombo-sacré. Technique et avantages, janvier 1911.

Le Filliatre et Derancourt. — *Société médicale des Praticiens.* Amputation de cuisse faite à la rachicocaïnisation, pour ostéo-arthrite bacillaire du genou chez un homme très cachectique, 15 avril 1911.

Le Filliatre. — Procédé extra-rapide de gastro-entérostomie postérieure. *Gazette médicale de Paris*, 10 juillet 1912.

Le Filliatre et Bettinger. — De l'anesthésie par rachicocaïnisation dans les opérations du thorax et des membres

supérieurs. *Bulletin de la Société médicale des praticiens*, 15 juillet 1911.

Legueu. — Deux cas de mort par rachicocaïnisation. *Presse médicale*, novembre 1901.

Nélaton et Rochard. — Discussion sur la rachicocaïnisation. Société de chirurgie, juillet 1901.

Pédeprade. — L'analgésie par injection de cocaïne sous-arachnoïdienne lombaire en chirurgie, 1901.

Porak. — Application obstétricale de cocaïne lombaire. Académie de médecine, juillet 1901.

— Discussion sur la rachicocaïnisation. Société de chirurgie, avril 1901.

Pollosson. — VI[e] congrès de gynécologie. Toulouse, 1910.

Potherat. — Lithotritie faite à la rachicocaïnisation, juillet 1901. *Gazette des hôpitaux.*

Preleitner. — Rachicocaïnisation chez les enfants. Société império-royale des médecins de Vienne, 23 juin 1905.

*Presse médicale.* — 6 juillet 1912. L'anesthésie chloroformique.

Reclus. — Rachianesthésie. *Bulletin et mémoires de l'Académie de médecine de Paris*, 18 juillet 1911.

Reclus et Wahl. — *Revue de chirurgie*, 10 février 1889.

— Société de chirurgie, 1891.

Romme. — Adrénaline dans la cocaïnisation de la moelle épinière. *Presse médicale*, 1903.

Silbermark. — Congrès des Sociétés allemandes de chirurgie, 300 cas de rachicocaïnisation, avril 1906.

Schwartz. — *Journal des Praticiens*, 14 septembre 1907.

Tuffier. — La Rachicocaïnisation, 1901.

— Rachicocaïnisation. *Presse médicale*, 1904.

Walther. — Paraplégie consécutive à la rachicocaïnisation, Société de chirurgie, 1905.

Zervondès. — Rachicocaïnisation. *Thèse*, 1901.